

年 月 日

出雲市長様

申請者所在地

氏名

(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

介護人材確保・定着推進補助金交付申請書

このことについて、次により補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

1 申請額 金 円

2 介護人材確保・定着推進補助金 所要額調書(様式第1号別紙)

3 添付書類

その他参考となる資料

4 振込口座

金融機関名				支店名						
預金種目	1. 普通 2. 当座	口座番号 (右詰め)								
口座名義	フリガナ									
	氏名									

※ 口座名義は、フリガナを必ず記入してください。

出雲市から私に支払われる「介護人材確保・定着推進補助金」は、私が指定する上記口座に振り込んでください。振り込みされたことにより支払いを受けたものと認めます。

様式第 1 号別紙

介護人材確保・定着推進補助金 所要額調書

申請者名：_____

補助内容	内訳	申請額
条件不利地域における訪問サービス等への助成	回	円
常勤の訪問介護職員の新規雇用への助成	人	円
常勤の介護支援専門員の新規雇用への助成	人	円
留学生受入に係る経費への助成（就労時）	人	円
留学生受入に係る経費への助成（6 か月経過後）	人	円
特定技能外国人受入に係る経費への助成	人	円
介護支援専門員の資格取得研修等支援	人	円
人工知能関連技術を用いたケアプラン作成及び モニタリング実施への助成	—	円
重点的に支援が必要な高齢者の支援への助成	人/月	円
新規就労者への就業継続支援	☐ 6 月 ☐ 24 月 ☐ 36 月	円
合計		円

- 注) 1 「条件不利地域における訪問サービス等への助成」を申請する場合は、訪問サービス等実施報告書（別紙 2）を添付すること。
- 2 「雇用や受入に係る経費への助成」を申請する場合は、勤務実績報告書（別紙 3）（受入に係る経費への助成では不要。）、就労継続証明書（別紙 5）及び経費の内訳が分かる書類等を添付すること。
- 3 「介護支援専門員の資格取得研修等支援」を申請する場合は、介護支援専門員実務研修受講試験に合格したことが分かる書類及び受講を予定する研修内容並びに受講料及び教材費の領収書の写しを添付すること。
- 4 「人工知能関連技術を用いたケアプラン作成及びモニタリング実施への助成」を申請する場合は、あらかじめ「人工知能関連技術を用いたケアプラン作成及びモニタリング実施に関する届出書」（別紙 7）を提出した上で、申請の際に請求書等経費の内訳が確認できる書類及び領収書等支払いが確認できる書類を添付すること。
- 5 「重点的に支援が必要な高齢者の支援への助成」を申請する場合は、アセスメントシート等利用者の該当が確認できる書類及び給付管理票等該当利用者のケアマネジメント料の算定実績が確認できる書類を添付すること。
- 6 「新規就労者への就業継続支援」を申請する場合は、誓約書兼同意書（別紙 4）及び就労継続証明書（別紙 5）を添付すること。（誓約書兼同意書（別紙 4）は初回申請のみ。）
- 7 その他、必要に応じて確認のため追加で資料の提出を求めることがあること。
- 8 「留学生受入に係る経費への助成」「特定技能外国人受入に係る経費への助成」「人工知能関連技術を用いたケアプラン作成及びモニタリング実施への助成」を申請する場合は、経費については消費税及び地方消費税を除いた費用を記載すること。

年 月 日

出雲市長 様

住所

氏名

誓約書兼同意書

私は、出雲市介護人材確保・定着推進補助金の交付の申請にあたり、下記の内容について確認し誓約します。

誓約した内容と事実が相違することが判明した場合には、奨励金の交付を受けられないことになっても異議はありません。

また、申請条件の審査を行うに当たり必要があるときは、審査の対象となる納税及び納付状況、勤務実態等について、市町村、市内介護保険事業所等に必要な書類を閲覧させ、又はその内容を記録させることに同意いたします。

その他、市長が必要であると認めるときは、申請者に対し報告を求め、若しくは文書を提出させ、又は調査を行うことができることに同意いたします。

記

確認事項	確認済
申請書及び提出書類の内容は、すべて事実と相違ありません。	☐
介護職等として、市内の介護保険事業所で3年以上就労します。	☐
現在、勤務先の事業所に就職前の過去1年以内に、出雲市内で常勤の介護の業務に従事していません。（同一法人事業所除く。）	☐
過去に当該制度の奨励金の助成を受けていません。	☐
市税、保険料等市に対する納付金を滞納していません。	☐
奨励金の交付を受けた後、市長が虚偽や不正の申請であると認定した場合は奨励金の返還に応じます。	☐

年 月 日

出雲市長 様

所 在 地
法 人 名
代 表 者 名
担当者連絡先
(担当者名)

就労継続証明書

下記の者について、雇用開始日より継続して就労していることを証明します。

被雇用者	氏名		生年 月 日	年 月 日
	住所			
就業先事業所	名称			
	所在地			
雇用開始日	年 月 日			
職種	☐ 介護職員 ☐ 看護職員 ☐ 生活相談員 ☐ 機能訓練指導員 ☐ 介護支援専門員 ☐ その他 ()			
勤務形態	☐ 常勤 ☐ 非常勤	勤務時間	週平均	時間
		(※短時間勤務)	(週平均	時間) (月平均 時間)
雇用期間の定め	☐ あり ☐ なし	市内事業所への 異動歴	☐ あり ☐ なし	