

川崎市介護職員初任者研修受講・就労促進事業補助金交付要綱

制定 平成24年3月14日付 23川健高事第1449号 市長決裁

改正 令和2年3月16日付 31川健高事第1387号 健康福祉局長専決

(目的等)

第1条 この要綱は、川崎市介護職員初任者研修受講・就労促進事業（以下「本事業」という。）の実施及び本事業に係る補助金の交付に関し、必要な事項を定めるものとする。

2 本事業は、介護人材の確保対策として、介護職員初任者研修（以下「初任者研修」という。）の受講料を補助することにより、川崎市内の介護保険事業所等における介護従事者数の増加と人材の定着を図ることを目的とする。

(補助の対象となる受講料)

第2条 補助の対象となる受講料は、初任者研修の受講料（必須のテキスト代及び実習費を含む。）として、補助対象者が当該研修を実施した養成機関に直接支払った額とする。

(補助対象者)

第3条 受講料の補助を受けられる者は、次の各号に掲げる要件をすべて満たす者とする。

- (1) 介護職として、別表1に掲げる介護保険サービス事業又は別表2に掲げる障害福祉サービス事業等のいずれかを行う川崎市内の同一の事業所に、就業開始日（登録ヘルパー等にあつては実働開始日）を起算日として3か月以上継続して就業した者。
- (2) 前号の就業を申請時において継続していること。
- (3) 初任者研修の修了日が、申請日前1年の期間内であること。
- (4) 常勤・非常勤の区分を問わず、第1号に掲げる就業開始日が、平成24年4月1日以降であり、かつ、申請日前1年の期間内であること。
- (5) 就業先である介護保険事業所等の運営法人等に直接雇用されている者。
- (6) 他に本事業の申請に係る研修費用に対する補助（本事業の補助を含む。）を受けていない者。
- (7) 川崎市実務者研修受講・就労促進事業補助金交付要綱に基づく実務者研修の受講料補助を受けていない者。

(募集人数等)

第4条 本事業は、事業を実施する年度における予算の範囲内で行うものとし、市長は、当該年度における補助対象人数をあらかじめ定めて、補助金の申請を募集することができる。

2 市長は、前項に定める補助対象人数を超えて申請があつたときは、当該申請について、補助を行わないと決定することができる。

(補助の申請)

第5条 補助対象者が、補助金の支給を受けようとする場合は、川崎市介護職員初任者研修受講・就労促進事業補助金交付申請書（第1号様式）に、次に掲げる書類を添えて、別に定める期間内に市長に申請しなければならない。

- (1) 初任者研修の受講について、申請者が受講料を支払ったこと及び金額を証明する領収書又はそれに類する書類の写し。

- (2) 就業先が発行する、川崎市介護職員初任者研修受講・就労促進事業就業証明書（第2号様式）。
- (3) 初任者研修の修了証明書の写し。

(補助の決定)

第6条 市長は、前条に規定する申請があったときは補助について審査を行い、補助を行うと決定したときは補助金額を決定し、川崎市介護職員初任者研修受講・就労促進事業補助金交付決定通知書（第3号様式）により申請者に通知し、補助を行わないと決定したときは、その理由を付して川崎市介護職員初任者研修受講・就労促進事業補助金交付申請却下通知書（第4号様式）により申請者に通知する。

(補助金額)

第7条 本事業において補助する金額は、第2条に定める受講料の20%（10円未満は切り捨て）又は20,000円のうち、いずれか低い額とする。ただし、川崎市介護予防訪問サービス（生活援助特化型）従事者養成研修受講者は第2条に定める受講料の20%（10円未満は切り捨て）又は30,000円のうち、いずれか低い額とする。

(補助金の請求)

第8条 補助対象者は、前二条の規定に基づき決定された補助金額等を記載した川崎市介護職員初任者研修受講・就労促進事業補助金交付請求書（第5号様式）を作成し、定められた期日までに市長に提出しなければならない。

- 2 前項の期日は、相当の理由がある場合を除き、第6条の交付決定日から30日とし、交付決定を通知する際に指定するものとする。

(補助金の交付)

第9条 市長は、前条に規定する請求があったときは、内容を審査し、適当と認めるときは、速やかに補助金を交付するものとする。

- 2 前項に規定する請求が定められた期日までになかったときは、市長は、補助対象者が補助金の請求を辞退したものとみなすことができる。

(決定の取消等)

第10条 市長は、次の各号のいずれかに該当するときは、補助金交付の決定を取り消すことができる。

- (1) 偽りその他不正の手段により決定を受けたとき。
- (2) 前号に掲げるもののほか、市長が、相当の理由があると認めたとき。

- 2 市長は、前項の規定により決定を取り消したときは、速やかに補助申請者に川崎市介護職員初任者研修受講・就労促進事業補助金交付決定取消通知書（第6号様式）により通知するとともに、補助金の全部又は一部を返還させることができる。

(委任)

第11条 この要綱に定めるもののほか、本事業の実施に関し必要な事項は、健康福祉局長が定める。

附則

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

附則

(施行期日)

1 この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 改正前の要綱の規定により調製した帳票で現に残存するものについては、当分の間、必要な箇所を訂正したうえ、引き続きこれを使用することができる。

附則

(施行期日)

1 この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 改正前の要綱の規定により調製した帳票で現に残存するものについては、当分の間、必要な箇所を訂正したうえ、引き続きこれを使用することができる。

(施行期日)

1 この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 改正前の要綱の規定により調製した帳票で現に残存するものについては、当分の間、必要な箇所を訂正したうえ、引き続きこれを使用することができる。

(施行期日)

1 この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 改正前の要綱の規定により調製した帳票で現に残存するものについては、当分の間、必要な箇所を訂正したうえ、引き続きこれを使用することができる。

(施行期日)

1 この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 改正前の要綱の規定により調製した帳票で現に残存するものについては、当分の間、必要な箇所を訂正したうえ、引き続きこれを使用することができる。

別表 1 (対象となる介護保険サービス)

訪問介護
介護予防訪問介護 (第 1 号訪問事業における「介護予防訪問サービス」を含む。)
夜間対応型訪問介護
定期巡回・随時対応型訪問介護看護
訪問入浴介護
介護予防訪問入浴介護
通所介護
介護予防通所介護 (第 1 号通所事業における「介護予防通所サービス」及び「介護予防短時間通所サービス」を含む。)
通所リハビリテーション
介護予防通所リハビリテーション
地域密着型通所介護
認知症対応型通所介護
介護予防認知症対応型通所介護
短期入所生活介護
介護予防短期入所生活介護
短期入所療養介護
介護予防短期入所療養介護
認知症対応型共同生活介護
介護予防認知症対応型共同生活介護
特定施設入居者生活介護
介護予防特定施設入居者生活介護
地域密着型特定施設入居者生活介護
介護老人福祉施設
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
介護老人保健施設
介護療養型医療施設
介護医療院
小規模多機能型居宅介護
介護予防小規模多機能型居宅介護
看護小規模多機能型居宅介護

別表 2 (対象となる障害福祉サービス等)

居宅介護
重度訪問介護
行動援護
同行援護
療養介護
生活介護
短期入所

施設入所支援

自立訓練（機能訓練）

自立訓練（生活訓練）

就労移行支援

就労継続支援A型

就労継続支援B型

共同生活援助

移動支援

(第1号様式)

令和 年 月 日

川崎市介護職員初任者研修受講・就労促進事業補助金交付申請書

川崎市長 あて

川崎市介護職員初任者研修受講・就労促進事業に係る受講料の補助を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、本事業の他に、受講料の補助は受けておらず、受講料の補助に係る申請も行っていないことを申し添えます。

ふりがな		生年月日	昭和・平成 年 月 日
氏名	Ⓜ		
住所	〒 ー	電話番号 (日中連絡が 取れる番号)	
養成機関名			
介護職員初任者研修 受講料支払額※ ¹	円	補助金申請額※ ²	円
川崎市介護予防訪問サービス（生活援助特化型） 従事者養成研修受講の有無	あり ・ なし		

※1：介護職員初任者研修受講料支払額は、同研修の受講料（必須のテキスト代及び実習費を含む。）として、補助金申請者が研修を実施した養成機関に直接支払った額とします。

※2：補助金申請額は、左欄受講料支払額の20%（10円未満切り捨て）又は20,000円のうち、いずれか低い額とします。（ただし、川崎市介護予防訪問サービス（生活援助特化型）従事者養成研修受講者は左欄受講料支払額の20%（10円未満切り捨て）又は30,000円のうち、いずれか低い額とします。）

添付書類

- 1 介護職員初任者研修の受講について、申請者が受講料を支払ったこと及び金額を証明する領収書又はそれに類する書類の写し
- 2 就業先が発行した、川崎市介護職員初任者研修受講・就労促進事業就業証明書（第2号様式）
- 3 介護職員初任者研修の修了証明書の写し
- 4 川崎市介護予防訪問サービス（生活援助特化型）従事者養成研修の修了証明書の写し（該当する方のみ）

(第2号様式)

令和 年 月 日

川崎市介護職員初任者研修受講・就労促進事業就業証明書

川崎市長 あて

所在地
法人名
代表者名



次の者を介護職員として3か月以上雇用していることを証明します。

被雇用者	氏名	
	住所	
就業先 事業所 ^{※1}	名称	
	所在地	
雇用形態 ^{※2}	<input type="checkbox"/> 正規職員 <input type="checkbox"/> 非常勤職員、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> その他 ()	
	勤務日数 (週 日間) 1日の勤務時間 (時間)	
就業日 ^{※3}	介護職員として平成・令和 年 月 日から か月間継続して就業しています。	
本件に係る 事務担当者		連絡先 電話番号

※1：就業先事業所は川崎市内のみ対象とします。(法人の所在地は市外でも構いません)

また、介護保険サービス事業所又は一部の障害福祉サービス事業所等のみ対象とし、住居型有料老人ホーム等は対象となりませんので御注意ください。

※2：就業先事業所において直接雇用されていない場合(派遣社員等)は対象となりません。

訪問介護事業所等に時給で働く登録をし、事業者から指示された時間帯だけ労務を提供する場合は、「その他」欄に「登録」と記載してください。また、この場合は、直近1か月間の平均的な勤務日数・勤務時間を記載してください。

※3：就業日及び現在までの継続月数(1か月に満たない日数は切り捨て)を記載してください。

雇用形態が上記2の「登録」の場合は、登録日ではなく、実働開始日を就業日としてください。

(第3号様式)

川崎市指令 号
令和 年 月 日

川崎市介護職員初任者研修受講・就労促進事業補助金交付決定通知書

(住所)
(宛名) 様

川崎市長 印

令和 年 月 日付で申請を受けました、川崎市介護職員初任者研修受講・就労促進事業に係る受講料の補助について、審査の結果、次のとおり補助金の交付を決定しましたので通知します。

補助金額	金 円
補助金額の算定の根拠	<input type="checkbox"/> 受講料支払額 円×20% (10円未満切り捨て) <input type="checkbox"/> 補助金の上限額20,000円 <input type="checkbox"/> 補助金の上限額30,000円
請求期限	令和 年 月 日

上記補助金額について、川崎市介護職員初任者研修受講・就労促進事業補助金交付請求書(第5号様式)を作成の上、請求期限(必着)までに下記提出先へ提出してください。
期限までに請求がなかった場合、請求を辞退したものとみなしますので御注意ください。

(提出先)
〒210-8577
川崎市川崎区宮本町1番地
川崎市健康福祉局高齢者事業推進課

(第4号様式)

川崎市指令 号
令和 年 月 日

川崎市介護職員初任者研修受講・就労促進事業補助金交付申請却下通知書

(住所)
(宛名) 様

川崎市長 印

令和 年 月 日付で申請を受けました、川崎市介護職員初任者研修受講・就労促進事業に係る受講料の補助について、審査の結果、補助金の交付を行わないことと決定しましたので通知します。

(理由)

(問い合わせ先)

〒210-8577

川崎市川崎区宮本町1番地

川崎市健康福祉局高齢者事業推進課

電話 044-200-2652

Fax 044-200-3926

(第5号様式)

令和 年 月 日

川崎市介護職員初任者研修受講・就労促進事業補助金交付請求書

川崎市長 あて

令和 年 月 日付で交付決定のありました、川崎市介護職員初任者研修受講・就労促進事業補助金について、次のとおり請求します。

請求金額	¥		千			円
------	---	--	---	--	--	---

(請求者)

ふりがな						電話 番号	
氏名	(印)※						
住所							
振込先	金融 機関	銀行 支店	預金 種目	1. 普通 2. 当座	口座 番号		
受取人 (口座名義)	ふりがな						
	氏名						

※「氏名」欄には、補助金申請時に提出した「川崎市介護職員初任者研修受講・就労促進事業補助金交付申請書（第1号様式）」に押印したものと同じ印鑑を押してください。

(第6号様式)

川崎市指令 号
令和 年 月 日

川崎市介護職員初任者研修受講・就労促進事業補助金交付決定取消通知書

(住所)
(宛名) 様

川崎市長 印

令和 年 月 日付で交付決定しました、川崎市介護職員初任者研修受講・就労促進事業補助金について、審査の結果、交付の決定を取り消しますので通知します。

(理由)

これにより、すでに支払い済みである補助金 円については、令和 年 月 日
までに { (全部返還のとき) 全額 } を返還してください。
{ (一部返還のとき) 円 }

(問い合わせ先)

〒210-8577

川崎市川崎区宮本町1番地

川崎市健康福祉局高齢者事業推進課

電話 044-200-2652

Fax 044-200-3926