

福祉人材育成支援助成事業計画書

<事業所名>

訪問介護〇〇

1 サービス種別と助成限度額

該当するサービス種別とそれに対応する助成限度額にそれぞれ〇をつけてください。

サービス種別	助成限度額 (A)
訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、居宅介護支援、介護予防支援、障害福祉サービスの居宅介護（重度訪問介護・同行援護・行動援護を含む）、計画相談支援（地域移行支援・地域定着支援含む）	100,000円
地域密着型サービス(各種)、特定施設入居者生活介護	150,000円
介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設	200,000円

※それぞれのサービス種別において、介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスを含みます。

2 助成金交付申請額の算出

※ 対象は、次に掲げるものの受験料や受講料です。（受験対策講座や、参考図書、交通費、宿泊費、飲食費については、対象外です。）
社会福祉士国家試験、介護福祉士国家試験、精神保健福祉士国家試験、介護支援専門員実務研修受講試験、介護支援専門員実務研修、介護支援専門員更新研修、介護支援専門員専門研修、介護支援専門員再研修、主任介護支援専門員研修、主任介護支援専門員更新研修、介護職員初任者研修、実務者研修、喀痰吸引等研修（第1号・第2号・第3号）、ユニットリーダー研修、認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、居宅介護職員初任者研修、障害者居宅介護従業者基礎研修、同行援護従業者養成研修、全身性障害者移動介護従業者養成研修、重度訪問介護従業者養成研修、行動援護従業者養成研修、強度行動障害支援者養成研修、名古屋市移動支援事業従業者養成研修、相談支援従事者初任者研修

※「従業者」とは直接的な介護に従事している次の職種の方です。
介護職員、看護職員、ケアマネ、サ責、機能訓練、PT、OT、ST、生活相談員

	対象 従業者名	職種	受験資格名 ・研修名	事業実施 予定期間	受験料又は 受講料(①)(円)	従業者本人の 負担額(②)(円)	対象経費 (①－②)(円)
1	千種 一子	サ責	認知症介護実践者研修	5/15～7/10	35,000	10,000	25,000
2	中 六郎	介護職員	介護福祉士国家試験	1/24～3/28	15,300	0	15,300
3							
4							
5							
6							
7							
8							

指定を受けているサービスについての研修等が助成の対象です。

試験の場合は試験日から合格発表日までです。

研修の場合は研修の予定期間です。

2回目以降の申請時に記入してください。
(初回申請時は0と記入してください。)

従業者本人（千種一子本人）が研修費用の一部を支払う場合に記入してください。
※助成金の対象となるのは、事業所が支払いをする経費のみです。従業者本人が支払う金額は助成の対象となりません。

対象経費総額	40,300 円
既 交 付 決 定 額 (既に交付決定を受けている場合)	D 0 円

助成対象額(B×3/4) ※1円未満の端数は切捨て	C 30,225 円
助成限度額 (A－D)	E 100,000 円
助成金交付申請額 (CとEいずれか低い金額)	30,225 円