

記入例

令和 7 年度大津市介護職キャリアアップ促進給付金支給申請書兼請求書

(宛先)
大津市長

給付の条件を満たした日かつ事業者証明欄の証明年月日以降の日付を記入

令和 7 年 1 1 月 1 日

(申請者)
住 所 大津市〇〇〇町〇〇番地
氏 名 ●● ●●
電話番号 ■■■-■■■■-■■■■

印

大津市補助金等交付規則第 4 条第 1 項の規定により、令和 7 年度大津市介護職キャリアアップ促進給付金の支給について次のとおり申請及び請求します。

1 申請額及び請求額 30,000 円

振込先口座情報

※本人名義の口座に限ります。

金融機関名	●●	銀行・金庫・農協	▲▲▲	支店・出張所・支所・代理店
口座番号	普通	▲▲▲▲▲▲	フリガナ	フリガナ
			口座名義人	●● ●●

2 対象資格又は研修

該当する資格又は研修に○を付けてください（いずれか一つ）。

	対象資格又は研修	添付書類及び個別注意事項等
☒	介護福祉士	☐ 振込先口座の通帳の写し ☐ 介護福祉士登録証の写し 申請時点で、登録証に記載の登録年月日から 6 か月経過していること
☐	介護支援専門員	☐ 振込先口座の通帳の写し ☐ 介護支援専門員証の写し 申請時点で、市内の介護サービス事業所等に介護支援専門員の職で就労して 6 か月経過していること
☐	喀痰吸引等研修（第 1 号）	☐ 振込先口座の通帳の写し ☐ 認定証の写し 申請時点で、市内の介護サービス事業所等に就労して 6 か月経過していること
☐	喀痰吸引等研修（第 2 号）	
☐	喀痰吸引等研修（第 3 号）	

- 注 1 この申請書は、申請者本人が作成してください。
- 2 この申請書に対する決定通知書等は、事業所を通じて送付します。
- 3 研修によっては給付金の支給条件があるため、必ず勤務する事業所に確認してください。
- (裏面に事業者証明欄あり)

事業者証明欄

申請者 ●●●● は、令和 ▼ 年 ▼▼ 月 ▼▼ 日付けで採用された職員であり、現に本事業所に就労していること及び離職の予定がないことを証明します。

証明年月日：令和 7 年 1 1 月 1 日

(法人) 所在地 大津市■■■■
名称 株式会社 ○○○○
職・氏名 代表取締役 ▲▲ ▲▲
電話番号 ■■■■-■■■■-■■■■



審査結果は書面で事業所宛に送付しますので、事業所からお受け取りください。

(事業所) 所在地 大津市■■■■
名称 ○○○○
サービスの種類 ▼▼▼▼
電話番号 ■■■■-■■■■-■■■■
事業所番号 ★★★★★★★★★★
担当者名 ◆◆ ◆◆

***** 以下、大津市記入欄 *****

当該資格又は研修修了をもって、介護サービス事業所等で従事開始日確認欄

従事開始日	令和 年 月 日 から
-------	-------------