

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

年 月 日

(宛先)  
大津市長

(申請者)  
住 所  
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  |               |
|       |    |          | 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                                                                                                                |
|------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/>                          | 介護福祉士                            | <input type="checkbox"/> 振込先口座の通帳の写し <input type="checkbox"/> 介護福祉士登録証の写し<br>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               |
| <input type="radio"/>                          | 介護支援専門員                          | <input type="checkbox"/> 振込先口座の通帳の写し <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証の写し<br>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 |
| <input type="radio"/><br><input type="radio"/> | 喀痰吸引等研修(第 1 号)<br>喀痰吸引等研修(第 2 号) | <input type="checkbox"/> 振込先口座の通帳の写し <input type="checkbox"/> 認定証の写し<br>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                |
| <input type="radio"/>                          | 喀痰吸引等研修(第 3 号)                   | <input type="checkbox"/> 振込先口座の通帳の写し <input type="checkbox"/> 修了証の写し<br>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                |

- 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、 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 年 月 日

(法人)所在地

名称

職・氏名

電話番号

印

(事業所)所在地

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 |
|-------|-------------|