

令和 7 年度大津市障害福祉サービス事業所等従業者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

印

電話番号

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 年度大津市障害福祉サービス事業所等従業者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チェックを付けてください。(いずれか一つ)

☐ 介護福祉士	☐ サービス管理責任者実践研修	☐ 児童発達支援管理責任者実践研修	☐ 相談支援従事者初任者研修	☐ 強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）	☐ 強度行動障害支援者養成研修（実践研修）	☐ ガイドヘルパー（同行援護従業者養成研修）	☐ ガイドヘルパー（全身性障害者移動支援従業者養成研修）	☐ ガイドヘルパー（行動援護従業者養成研修）	☐ 喀痰吸引等研修（第 1 号研修）	☐ 喀痰吸引等研修（第 2 号研修）	☐ 喀痰吸引等研修（第 3 号研修）	☐ 高次脳機能障害支援養成実践研修	☐ 医療的ケア児等コーディネーター養成研修
--------------------------------	--	--	---------------------------------------	--	--	---	---	---	---	---	---	--	--

- 注 1 この申請書は、申請者本人が作成してください。
- 2 振込先口座の通帳の写し、対象資格を取得した研修修了証等の写しを添付してください。
- 3 申請日時点で、給付金の支給条件を満たしている必要があります。
- 4 研修によって給付金の支給条件が異なりますので、必ず勤務する事業所に確認してください。
- 5 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。

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

印

電話番号

（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、障害福祉サービス事業所等で従事開始日・条件確認欄

従事開始日	令和 年 月 日 から
加算取得開始日	令和 年 月 日 から取得済