

令和8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

㊞

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8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)

<input type="checkbox"/> 介護福祉士		
<input type="checkbox"/> ガイドヘルパー（同行援護従業者養成研修）	<input type="checkbox"/> ガイドヘルパー（全身性障害者移動支援従業者養成研修）	
<input type="checkbox"/> ガイドヘルパー（行動援護従業者養成研修）		
<input type="checkbox"/> サービス管理責任者実践研修	<input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者実践研修	<input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修
<input type="checkbox"/> 強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）	<input type="checkbox"/> 強度行動障害支援者養成研修（実践研修）	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修（第1号研修）
<input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修（第2号研修）	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修（第3号研修）	
<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害支援養成実践研修	<input type="checkbox"/> 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。

(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（常勤従業者が勤務すべき時間数の半分以上勤務（※））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

※事業所等において定められている常勤従業者が勤務すべき時間数の半分以上を勤務していること。

例として、事業所等において、常勤従業者が1週間に勤務すべき時間数を40時間としている場合は、
週20時間以上勤務していることが条件となります。

※本市から、勤務状況等の確認に必要な資料等の提出を求めた場合は、速やかに提出すること。

*****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