

(様式第1号)

※従業者等1名につき1枚使用してください。

障害福祉サービス等資格取得支援事業補助金交付申請書

年 月 日

吹田市長 宛

申請者 所在地
法人名
役職・代表者

下記のとおり障害福祉サービス等資格取得支援事業補助金の交付を申請します。

記

1 対象

| | | | |
|---|--|--------------|-----|
| 事業所名 | | | |
| 所在地 | | | |
| サービス種別 | | | |
| 従業者氏名 | | | |
| 雇用年月日 | | | |
| 補助対象研修 | 補助対象研修 | 補助上限額(円) (A) | 補助率 |
| ※チェックを入れてください 自動計算されます。 | <input type="checkbox"/> 行動援護従業者養成研修 | 28,000 | 2/3 |
| | <input type="checkbox"/> 強度行動障害支援者養成研修(基礎) | 15,000 | |
| | <input type="checkbox"/> 強度行動障害支援者養成研修(実践) | 15,000 | |
| | <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修(1号・2号) | 62,000 | |
| | <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修(3号) | 17,000 | |
| | <input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修(一般) | 16,000 | |
| | <input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修(応用) | 16,000 | |
| | <input type="checkbox"/> 移動支援従業者養成研修(全身性) | 16,000 | |
| | <input type="checkbox"/> 移動支援従業者養成研修(知的) | 16,000 | |
| | <input type="checkbox"/> 移動支援従業者養成研修(精神) | 16,000 | |
| | <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 | 19,000 | |
| | <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 | 43,000 | |
| ※交付申請額=【補助上限額(A)】と【(B)=補助事業に要した額×補助率】のいずれか低い額 | | | |

2 交付申請額

0 円

| | | |
|-----|------|---------|
| 担当者 | 電話番号 | メールアドレス |
|-----|------|---------|

※添付書類

- (1) 補助対象経費の支払を証する書類(領収書の写し、支払証明書等)
- (2) 補助対象研修の修了を証する書類(修了証明書等)
- (3) 当該事業所の従業者であることを証する書類(契約書、雇用証明書等)
- (4) その他市長が必要と認める書類

(様式第1号)

※従業者等1名につき1枚使用してください。

障害福祉サービス等資格取得支援事業補助金交付申請書

年 月 日

吹田市長 宛

申請者 所在地

法人名

役職・代表者

①役職は抜けてませんか？

下記のとおり障害福祉サービス等資格取得支援事業補助金の交付を申請します。

記

1 対象

| | | | |
|---|--|--------------|-----|
| 事業所名 | | | |
| 所在地 | | | |
| サービス種別 | ②指定サービスはすべて記入しましたか？「移動支援」もお忘れなく！ | | |
| 従業者氏名 | | | |
| 雇用年月日 | | | |
| 補助対象研修 | 補助対象研修 | 補助上限額(円) (A) | 補助率 |
| ※チェックを入れてください 自動計算されます。 | <input type="checkbox"/> 行動援護従業者養成研修 | 28,000 | 2/3 |
| | <input type="checkbox"/> 強度行動障害支援者養成研修(基礎) | 15,000 | |
| | <input type="checkbox"/> 強度行動障害支援者養成研修(実践) | 15,000 | |
| | <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修(1号・2号) | 62,000 | |
| | <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修(3号) | 17,000 | |
| | <input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修(一般) | 16,000 | |
| | <input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修(応用) | 16,000 | |
| | <input type="checkbox"/> 移動支援従業者養成研修(全身性) | 12,000 | |
| | <input type="checkbox"/> 移動支援従業者養成研修(知的) | 12,000 | |
| | <input type="checkbox"/> 移動支援従業者養成研修(精神) | 12,000 | |
| | <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 | 19,000 | |
| <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 | 43,000 | | |
| ※交付申請額=【補助上限額(A)】と【(B)=補助事業に要した額×補助率】のいずれか低い額 | | | |

③チェックを入れてください！
複数該当がある場合は
複数チェック！

2 交付申請額

0円 合計額を計算してください

| | | |
|-----|------|---------|
| 担当者 | 電話番号 | メールアドレス |
|-----|------|---------|

※添付書類

- (1) 補助対象経費の支払を証する書類(領収書の写し、支払証明書等)
- (2) 補助対象研修の修了を証する書類(修了証明書等)
- (3) 当該事業所の従業者であることを証する書類(契約書、雇用証明書等)
- (4) その他市長が必要と認める書類