

## 鹿児島県介護職員実務者研修受講促進事業補助金交付要領

(趣旨)

第1条 この要領は、介護職員実務者研修受講促進事業を実施するに当たり、鹿児島県補助金等交付規則（昭和63年鹿児島県規則第1号。以下「規則」という。）及び鹿児島県地域医療介護総合確保基金事業補助金交付要綱（平成26年12月18日制定。以下「交付要綱」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定める。

(補助事業)

第2条 補助事業は次の事業とする。

- (1) 研修受講料支援事業費補助
- (2) 代替職員確保対策事業費補助

(補助事業の内容)

第3条 補助事業の内容等は次のとおりとする。

- (1) 研修受講料支援事業費補助

ア 介護福祉士実務者研修（以下「実務者研修」という。）を受講する介護職員は、交付要綱に規定された介護保険事業所等において現に勤務し、介護業務に従事している者とする。ただし、雇用形態は、常勤・非常勤を問わない。

また、対象とする介護職員は介護福祉士試験の受験を希望する者で、実務経験が1年以上のものとする。

イ 補助対象とする実務者研修は、受講開始日が当該補助申請年度の初日以降のものとし、補助申請年度中に修了する研修とする。

ウ 補助事業者又は受講者が実務者研修の受講料について、他の制度に基づく補助等の支援を受けている場合は、補助対象外とする。

また、交付決定を受けていても当該年度中に研修を修了しなかった場合は、補助対象外とする。

- (2) 代替職員確保対策事業費補助

ア 介護福祉士実務者研修（以下「実務者研修」という。）を受講する介護職員は、交付要綱に規定された介護保険事業所等において現に勤務し、介護業務に従事している者とする。ただし、雇用形態は、常勤・非常勤を問わない。

イ 補助対象とする実務者研修は補助申請年度中に修了する研修とする。

ウ 対象経費は、当該年度中に代替職員を配置し、その費用の支払いが完了したものとする。

なお、交付決定を受けていても当該年度中に研修を修了しなかった場合は、補助対象外とする。

エ 職員が実務者研修を受講する期間中の代替職員の雇用は、新たに雇用する場合（正規職員を除く）のほか、労働者派遣事業者から新規に派遣される場合、既に雇用している非常勤職員の勤務時間の延長等により代替する場合を含むものとする。

オ 代替職員の雇用に要する経費について、他の補助や助成を受けている場合は、補助対象外とする。

（補助金の交付申請）

第4条 規則第3条の規定により補助金等交付申請書に添付すべき書類のうち、交付要綱第4条第2項第5号に定める書類は次のとおりとする。

(1) 研修受講料支援事業費補助

ア 研修受講予定・実績一覧（別記第1-1号）

イ 在職証明書（別記第1-2号）

(2) 代替職員確保対策事業費補助

ア 計画書の附票（別記第2-1号）

イ 実務者研修受講計画書（別記第2-2号）

ウ 代替職員費用予定額算出表（別記第2-3号）

(3) 第2条(1)及び第2条(2)の事業を同時に申請する場合

ア 経費所要額調書内訳書（別記第3-1号）

（補助事業の内容等の変更）

第5条 規則第7条第1項の規定により補助金等変更申請書に添付すべき書類のうち、交付要綱第7条第2項第4号に定める書類は次のとおりとする。

(1) 研修受講料支援事業費補助

ア 研修受講予定・実績一覧（別記第1-1号）

イ 在職証明書（別記第1-2号）

(2) 代替職員確保対策事業費補助

ア 変更計画書の附票（別記第2-1号）

イ 実務者研修受講変更計画書（別記第2-2号）

ウ 代替職員費用予定額算出表（別記第2-3号）

(3) 第2条(1)及び第2条(2)の事業を同時に申請した場合

ア 変更経費所要額調書内訳書（別記第3-1号）

（状況報告）

第6条 規則第11条第1項の規定により状況報告書に添付すべき書類は、交付要綱第10条に定めるもののほか、次のとおりとする。

(1) 代替職員確保対策事業費補助

提出期限は、代替職員の雇用開始後30日以内とする。

ア 雇用状況報告書（別記第2-4号）

(実績報告)

第7条 規則第13条の補助事業等実績報告書に添付すべき書類のうち、交付要綱第11条第2項第9号に定める書類は次のとおりとする。

(1) 研修受講料支援事業費補助

- ア 研修受講予定・実績一覧（別記第1-1号）
- イ 在職証明書（別記第1-2号）
- ウ 受講料領収書の写し（宛名が法人名のものに限る。）
- エ 実務者研修修了証明書の写し

(2) 代替職員確保対策事業費補助

- ア 実績報告書の附票（別記第2-5号）
- イ 実務者研修修了者一覧（別記第2-6号）
- ウ 実務者研修受講者に係る代替職員配置及び費用支払状況表（別記第2-7号）
- エ 実務者研修修了証明書の写し
- オ 介護職員が受講した実務者研修のスクーリング日程表
- カ 代替職員の給与等が支払われたことを確認できる書類（給与明細、派遣料領収書の写し等）
- キ 受講した介護職員及び代替職員の出勤状況が確認できる書類（代替配置した月に係る出勤簿・タイムカードの写し等）

(3) 第2条(1)及び第2条(2)の事業を同時に申請した場合

- ア 経費所要額精算書内訳書（別記第3-2号）

(雑則)

第8条 この要領に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附則

(施行期日)

この要領は、平成29年6月19日から施行する。

この要領は、平成30年6月28日から施行する。

この要領は、令和元年5月16日から施行する。

別記第1-1号様式

介護職員実務者研修 研修受講予定・実績一覧

事業者（法人）名：（ ）

※実績報告時のみ入力

	所属事業所	受講者 氏名	生年月日	研修機関名	研修期間	受講料(円)
1					・ ～ ・	
2					・ ～ ・	
3					・ ～ ・	
4					・ ～ ・	

修了 年月日	支払日
・ ・	・ ・
・ ・	・ ・
・ ・	・ ・
・ ・	・ ・

※記入欄が不足する場合は、適宜枠を広げてください。

※実績報告時、申請内容から変更がある場合は、内容を修正すること。

受講人数(名)	
受講料合計(円)	0
基準額(円)	0 (受講予定者数×100,000円)

(別記第1-2号様式)

## 在職証明書

鹿児島県知事 殿

氏名		男・女
生年月日		
所属する施設・事業所名		
事業所の所在市町村		
在職期間	年 月	
具体的な業務内容(注)		

上記の者は、証明日時点において当事業所に在職し、また継続して在職予定であることを証明します。

年 月 日

住所

法人名

印

代表者職・氏名

※ 別の事業所に勤務していた経験を含める場合は、当該事業所からの証明書も添付してください。(その場合、本証明書を加工して作成してください。)

(注)具体的な業務内容欄には、介護福祉士試験の受験資格となる業務名を記載してください。受験資格とならない業務は、対象外となります。

(別記第2-1号)

介護職員実務者研修受講促進事業(計画・変更計画)書の附票

事業者(法人)名	
実務者研修受講者人数	人
代替職員人数	人

(単位:円)

No	実務者研修受講者氏名	実務者研修受講者従事事業所名 (事業所番号)	事業種別	研修期間	実務者研修 (通信課程の場合はスクーリング) 日数	代替職員 配置(予定) 日数 (A)	対象経費の支出予定額			基準額			選定額 (G)	補助金 所要額 (D)×1/2 ※1,000円未満 端数切り捨て (H)	
							「別記様式 第1-3」 代替職員番号	代替職員を確保 するための必要日数 (B)	代替職員費用(予定)額 (A)×(B) (C)	代替職員を確保 するための必要日数 (12,080円を上限) (D)	代替職員を確保 する日数 (10日間を上限) (E)	基準額 (D)×(E) (F)			
1															
2															
3															
4															
5															
計															

※(G)欄には(C)と(F)を比較して少ない方の額を記入すること。

※「実務者研修(通信課程の場合はスクーリング)日数」、「代替職員配置(予定)日数」欄については、別記第1-2号より転記すること。

※既に雇用している非常勤職員を代替職員とする場合は、代替職員予定者の現雇用契約書を添付すること。

【担当者連絡先】

所属	
役職	
氏名	
TEL	
FAX	
E-Mail	

(別記第2-2号)

介護職員実務者研修受講促進事業実務者研修受講(計画・変更計画)書

事業者(法人)名	
事業所名	
事業所の所在地	

No.	実務者研修 受講者氏名	代替職員氏名	実務者研修名	通学・通信 の別	研修機関名	研修場所	実務者研修期間		実務者研修 課程の場 合はス ケジュール 日数	代替職員配置 予定日数  (重複の 調整後)	備考
							研修開始	研修終了			
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

※行が不足する場合は、行を追加すること。  
 ※研修日程の資料を添付すること。

(別記第2-3号)

介護職員実務者研修受講促進事業代替職員費用予定額算出表

事業者(法人)名	
事業所名	
事業所の所在地	

代替職員番号	代替職員氏名 ※1	雇用形態 ※2	雇用開始 (予定)日	雇用終了 (予定)日	代替職員を確保するために必要な日額(日額換算) ※3						備考
					経費区分 ※4	金額(円)	経費区分 ※4	金額(円)	金額(円)	日額換算合計(円)	
1											
2											
3											
4											
5											

※1 行が不足する場合は、行を追加すること。

※2 「代替職員氏名」欄は、「新規雇用A」等の記載でよく、予定している形態における見概額を記載する。代替職員が複数想定され、日額が複数想定される場合は、「新規雇用B」、「新規雇用C」などそれぞれ記載すること。

※3 「雇用形態」欄は、次により記入すること。

・新たに代替職員を雇用する場合→新規

・派遣社員→派遣

・既に雇用している非常勤職員の勤務時間の延長等による場合→既非

・新たに代替職員を確保するために必要な日額(日額換算)欄は、その職員の日額換算の費用を記載すること。

※4 「経費区分」欄は、給料、共済費、賞金、通勤手当、派遣料等の経費名を記入すること。なお、欄が不足する場合は、追加すること。



(別記第2-4号)

年 月 日

鹿児島県知事 殿

所在地  
事業者(法人)名  
代表者名

印

### 雇用状況報告書

鹿児島県地域医療介護総合確保基金事業(介護職員実務者研修受講促進事業費)補助金に係る代替職員の雇用状況を下記のとおり報告します。

記

#### ○ 代替職員の雇用状況

No	雇用者 氏名	雇用形態	雇用者住所 (市町村名で可)	雇用期間
1				年 月 日～ 年 月 日
2				年 月 日～ 年 月 日
3				年 月 日～ 年 月 日
4				年 月 日～ 年 月 日
5				年 月 日～ 年 月 日
6				年 月 日～ 年 月 日
7				年 月 日～ 年 月 日
8				年 月 日～ 年 月 日
9				年 月 日～ 年 月 日
10				年 月 日～ 年 月 日

※ 「雇用形態」欄は、①新たに代替職員を雇用する場合は「新規」と、②派遣社員の場合は「派遣」と、③既に雇用している非常勤職員の勤務時間の延長等による場合は「既非」と記載すること。

※ 新規雇用の場合は雇用実績を証明する書類の写し(雇用契約書、社会保険・雇用保険加入を証するもの、労働条件通知書の写し、その他必要な書類)を添付すること。ただし、直接雇用による日雇就労の場合を除く。

※ 「雇用期間」欄は本事業の対象となる期間を記入すること。

(別記第2-5号)

介護職員実務者研修受講促進事業実績報告書の附票

事業者(法人)名	
実務者研修受講者数	人
代替職員数	人

(単位:円)

No	実務者研修 受講者氏名	実務者研修受講者事業所名 (事業所番号)	代替 職員数	実務者研修(通 信課程の場合 はスクーリング) 日数	代替職員 配置日数	対象経費支出額 (A)	基準額		選定額 (C)	補助金 交付額 (C)×1/2  ※1,000円未満 端数切り捨て
							代替職員を 確保した日数 (10日間を上限)	基準額 (B)		
1										
2										
3										
4										
5										
計										

(C)欄には(A)と(B)を比較して少ない方の額を記入すること。

※「実務者研修(通信課程の場合はスクーリング)日数」、「代替職員配置日数」欄については、別記第1-6号より転記すること。

※「対象経費支出額」、「基準額」欄については、別記第1-7号より転記すること。

【担当者連絡先】

所属	
役職	
氏名	
TEL	
FAX	
E-Mail	

(別記第2-6号)

介護職員実務者研修受講促進事業実務者研修修了者一覧

事業者(法人)名	
事業所名	
事業所の所在地	

No.	実務者研修修了者氏名	採用年月日	生年月日	研修機関名	研修場所	実務者研修修了年月日	スクーリング期間		実務者研修(通信課程の場合)スクーリング日数	代替職員配置日数
							初日	最終日		
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										

※行が不足する場合は、行を追加して入力すること。  
 ※研修日程の資料を添付すること。

(別記第2-7号)

介護職員実務者研修受講促進事業実務者研修受講者に係る代替職員配置及び費用支払状況表

事業者(法人)名	
事業所名	
事業所の所在地	

実務者研修受講者氏名	
------------	--

研修(通信課程の場合)はスクーリング日	代替職員氏名	雇用形態 ※1	勤務時間	対象経費支出額(日額換算)(10日間を限度)						基準額 (12,080円を上限)	支払日	
				経費区分 ※2	支払額(円)	経費区分 ※2	支払額(円)	経費区分 ※2	支払額(円)			合計(円)
												合計
												合計

○実務者研修受講職員1人につき1枚作成する。スクーリング日程1日につき1行に記入する。

※行が不足する場合は、行を追加すること。

※1 「雇用形態」欄は、次により記入すること。

※2 「経費区分」欄は、給料、共済費、買金、通勤手当、派遣料等の経費名を記入すること。なお、欄が不足する場合は、追加すること。

※ 「新たに代替職員を雇用する場合一新規」

※ 「経費区分」欄は、給料、共済費、買金、通勤手当、派遣料等の経費名を記入すること。なお、欄が不足する場合は、追加すること。

※ 「派遣社員」欄は、派遣社員→派遣

※ 「既に雇用している非常勤職員の勤務時間の延長等による場合一既非

※ 「既に雇用している非常勤職員の勤務時間の延長等による場合一既非

(変更)経費所要額調査内訳書

事業名	補助事業者名 ( )							
	総事業費 (A)	寄付金その他の 収入額 (B)	差引額(A)-(B) (C)	対象経費の支出 予定額 (D)	基準額 (E)	選定額 (F)	補助金所要額 (F)×補助率 (G)	事業者負担額 (A)-(B)-(G)
介護職員実務者研修受講促進事業	円	円	円	円	円	円	円	円
研修受講料支援事業費補助								
代替職員確保対策事業費補助								
計	0	0	0	0	0		0	0

※「選定額」(F)欄は、(C)、(D)、(E)の計欄を比較して最も少ない額を記入すること。

(別記第3-2号様式)

## 経費所要額精算書内訳書

事業名	補助事業者名 ( )							
	総事業費 (A)	寄付金その他の 収入額 (B)	差引額(A)-(B) (C)	対象経費の実支 出額 (D)	基準額 (E)	選定額 (F)	補助金所要額 (F)×補助率 (G)	事業者負担額 (A)-(B)-(G)
介護職員実務者研修受講促進事業	円	円	円	円	円	円	円	円
研修受講料支援事業費補助								
代替職員確保対策事業費補助								
計	0	0	0	0	0	0	0	0

※「選定額」(F)欄は、(C)、(D)、(E)の計欄を比較して最も少ない額を記入すること。