

介護職員初任者研修受講料の助成事業

世田谷区では、介護人材の確保及び育成・定着を支援するため、「介護職員初任者研修課程」を修了した方に受講料の一部を助成します。

オンライン手続き（電子申請）可

助成要件

以下のすべての要件を満たす方が対象です。

介護職員初任者研修課程を修了後、3ヶ月以内に本紙添付の【別表】で定める区内事業所等に介護職員等として就労していること。

研修修了時、既に就労されている方（働きながら研修を受講した方）も対象です

申請者の住所地は問いません（区外にお住いの方でも、区内事業所に就労していれば対象です）

労働者派遣法により就労している方は対象になりません

研修修了後、　　で就労した（している）区内事業所等で3ヶ月以上継続して就労中であること。

登録ヘルパーの方は、　　の要件を満たし、かつ従事時間が90時間を超えていること。

3か月以上の就労期間の考え方

研修修了前に区内介護事業所等で勤務を開始している方も（資格取得後に勤務を開始した方も）研修修了の日以降に3ヶ月以上の就労期間が必要です。その後、申請が可能となります。

研修修了の日から3ヶ月経過していない場合は申請できません。

申請の期限

上記の助成要件をすべて満たした日の翌月から3ヶ月以内。

（例）すべての助成要件を4月に満たした方の申請期限は同年7月末日

郵送の場合は、申請期限内に到着することが必要

助成金額

助成金額は、受講料（テキスト代、補講料、実習費等を含む）の9割（千円未満切捨て）
ただし、上限額は7万2千円。

（例）受講料が5万円の場合、助成金額は9割の4万5千円

受講料が8万円を超える場合、助成金額は上限の7万2千円

助成金の総額は、令和6年度予算の範囲内となります。

申請方法

以下の書類を郵送または申し込み先にご提出、または電子申請にて申請してください。

申請書兼請求書（令和6年4月1日改正の様式をお使いください）

初任者研修の修了証明書の写し

就労状況を証明する書類（紙での申請の場合申請書兼請求書の就労証明欄を使用しても可。電子申請の場合（参考様式）就労証明書の写し）

研修指定事業者発行の領収書等（宛名が申請者のものに限る）の写し

クレジットカードで支払った場合には、領収書等の写しをクレジットカード契約証明書にかえることが可能です。

他の研修や講座とセットで受講した場合は、金額の内訳がわかる書類も

ご提出ください。

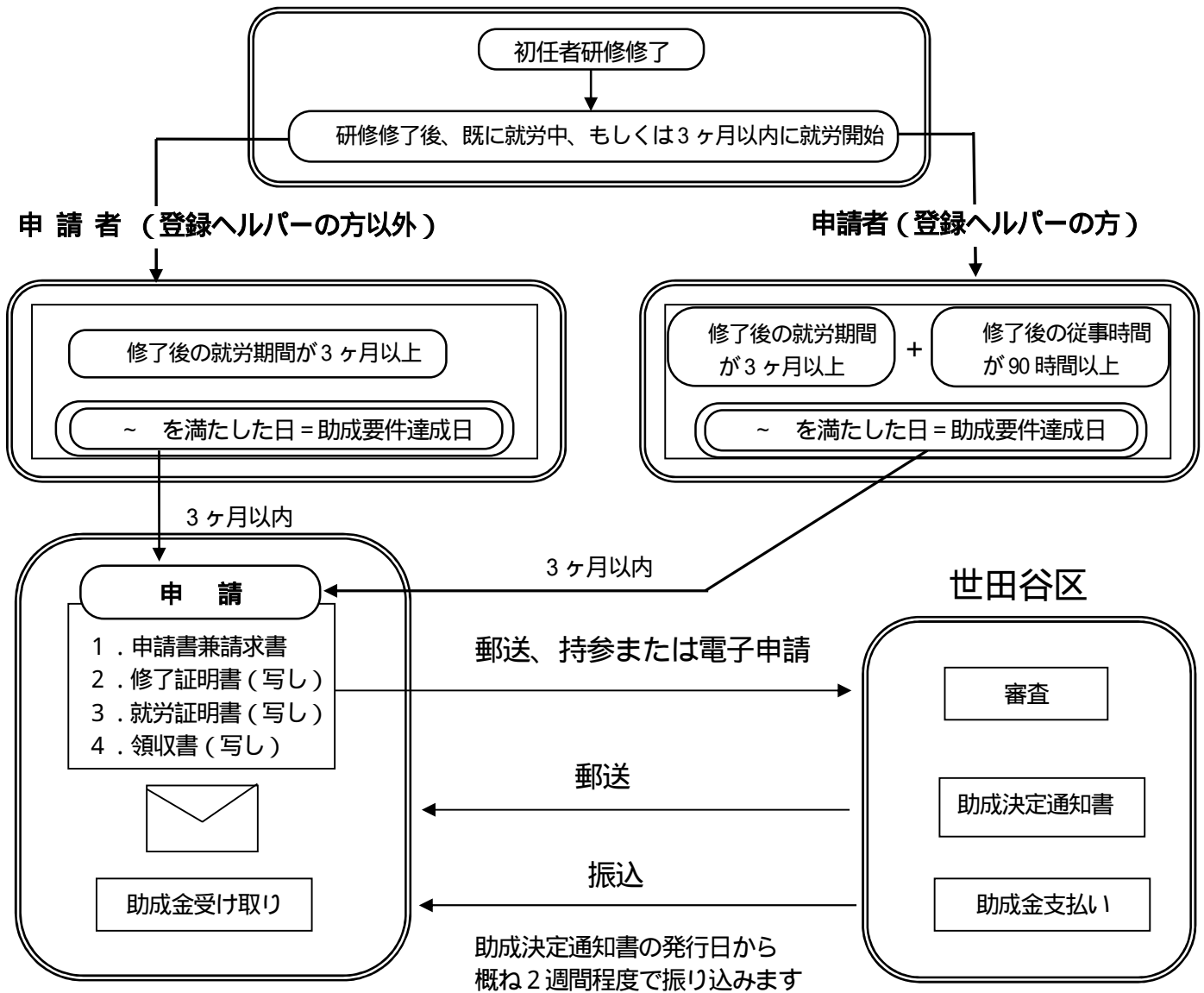
電子申請の申請方法は、右の二次元コードからご確認ください。



注意事項

- ・国や東京都、他の地方公共団体、公益団体等から同種の助成金等を受けている場合は助成対象となりません。
- ・申請書兼請求書は、黒色ボールペンで記入してください（消せるボールペン不可）。
- ・申請書兼請求書の申請者記入欄を訂正する場合は、二重線で訂正してください。ただし、受講料等（助成対象経費）の訂正は出来ません。
- ・勤務先から受講料の一部が補助されている場合は、受講料からその額を控除します。
- ・書類上、旧姓と新姓が混在している場合は、同一人物である証明書類をご提出ください。
- ・領収書の写しが発行されない場合は、クレジットカード契約証明書の写しもしくは払込受領証や振込明細書の写しをご提出ください。

申請から助成金の受け取りまで



< 問い合わせ・申し込み先 >

〒154-8504 世田谷区世田谷 4-21-27

（介護サービス事業所）高齢福祉課管理係（分庁舎（ノバビル）3階）

TEL 03-5432-2397 FAX 03-5432-3085（月～金 8時30分～17時15分）

（障害サービス事業所）障害施策推進課事業担当（第2庁舎3階）

TEL 03-5432-2388 FAX 03-5432-3021（月～金 8時30分～17時15分）

【ホームページ】

[目次から探す](#)

[福祉・健康](#)

[高齢・介護](#)

[介護人材対策事業](#)

[介護人材対策事業（介護職員・求職者の皆様向け）](#)

別表（第2条関係）

●介護保険法

1	指定居宅サービス	訪問介護 訪問入浴介護 通所介護 通所リハビリテーション 短期入所生活介護 短期入所療養介護 特定施設入居者生活介護
2	指定地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 夜間対応型訪問介護 地域密着型通所介護 認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 看護小規模多機能型居宅介護
3	介護保険施設	介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 ※2024年3月廃止 介護医療院
4	指定介護予防サービス	介護予防訪問入浴介護 介護予防通所リハビリテーション 介護予防短期入所生活介護 介護予防短期入所療養介護 介護予防特定施設入居者生活介護
5	指定地域密着型介護予防サービス	介護予防認知症対応型通所介護 介護予防小規模多機能型居宅介護 介護予防認知症対応型共同生活介護
6	介護予防・日常生活支援総合事業	第一号訪問事業の従前相当サービス （従来の介護予防訪問介護に相当） 第一号通所事業の従前相当サービス （従来の介護予防通所介護に相当）

●老人福祉法

7	老人福祉施設	養護老人ホーム 特別養護老人ホーム 軽費老人ホーム 老人デイサービスセンター 老人短期入所施設
---	--------	---

●障害者総合支援法

8	障害福祉サービス	居宅介護 重度訪問介護 同行援護 行動援護 療養介護 生活介護 短期入所 重度障害者等包括支援 施設入所支援 自立訓練 就労移行支援 就労継続支援 就労定着支援 自立生活援助 共同生活援助
---	----------	--

●児童福祉法

9	障害児通所支援	児童発達支援 医療型児童発達支援 放課後等デイサービス 居宅訪問型児童発達支援 保育所等訪問支援
10	児童福祉施設	障害児入所施設

●その他

11	その他施設	高齢者一時生活援助施設
----	-------	-------------

記入時の注意事項

令和6年4月1日改正

第1号様式(第4条関係)

申請者記入欄と事業所記入欄を記入した後、日付を記入する。日付は、和暦で記入。

申請日 年 月 日

世田谷区長 あて

世田谷区介護職員初任者研修課程受講料助成金交付申請書兼請求書

世田谷区介護職員初任者研修課程受講料助成金の交付を受けたいので、必要書類を添えて次のとおり申請します。助成決定後は、決定金額を以下の口座にお振込みください。

申請者記入欄	以下の事項()を確認し、チェックボックスにチェックを入れてください。(チェックボックスにチェックがない場合は、助成金の交付対象者になりません。)				
	()この受講料の助成を受けるにあたり、国、東京都、公益団体等で実施されている他の類似の助成を受けていないこと及び、今後の類似の助成を申請しないことをここに申し添えます。				
	申請者	住所	〒 世田谷区 世田谷 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		氏名	金額を誤って記入した場合、金額の訂正は出来ないため、新しい用紙で記入し直す。		訂正する場合は、二重線で訂正。
	内容	指定養成研修事業者名	修了年月日 年 月 日		
		受講料(助成対象経費)	80,000 円	勤務先からの助成額	円
	振込口座	金融機関名	〇〇〇	銀行・信用金庫・信用組合・労働農協	
	支店名	〇〇〇	申請時に、勤務先から同様の助成を既に受けている方は、その金額を記入		
	預金種別	1. 普通	2. その他の方は、「0円」と記入		
	口座番号	〇	〇	〇	
	口座名義(カナで記入)	ゆうちょ銀行の場合は振込用の店名(漢数字)を記入			

事業所記入欄	フリガナ	申請者氏名	勤務先名称	
	勤務先所在地	世田谷区	勤務先電話番号	
	雇用形態(該当に印)	常勤・非常勤・登録ヘルパー・ 臨時(パート)・その他()	登録ヘルパーのみ記入	登録ヘルパーとしての従事時間が、研修修了日以降90時間を超えた日を記入 年 月 日
	勤務先証明欄(就労証明書)	申請者は、年 月 日付で当事業所に採用(登録)し、研修修了後の就労期間が3ヶ月を経過した現在も当事業所の介護職員として勤務(登録)していることを証明する。 年 月 日 証明日は、研修修了日から3ヶ月経過した日以降の日付 所在地 法人又は事業所名 代表者 職・氏名 (法人代表印・社印又は事業所印・事業所長の印)		

世田谷区処理欄	提出	運営法人の代表者名(理事長、代表取締役社長など) または、勤務先の所属長名(施設長、事業所長など)	日	助成対象経費
	申請書(内容確認済証明書(写)	()		円
	領収書(写)	()		助成決定金額
				円