令和　　年　　月　　日

（あて先）広島市長

所在地

法人の名称

代表者職・氏名

**広島市障害福祉人材養成支援補助金交付申請書**

**（令和　　　年　　　月　～　　　月認定分）**

広島市障害福祉人材養成支援補助金を下記のとおり申請します。交付決定された広島市障害福祉人材養成支援補助金は下記の口座に振込んでください。

記

申請金額　　　　　　　　　　　　　　円

＜申請内訳（別紙「交付対象者一覧」のとおり）＞

社会福祉士　　　　　　　　　　　　　　　＠１００，０００円　×　　　　人

介護福祉士　　　　　　　　　　　　　　　＠１００，０００円　×　　　　人

精神保健福祉士　　　　　　　　　　　　　＠１００，０００円　×　　　　人

相談支援専門員　　　　　　　　　　　　　　＠５０，０００円　×　　　　人

たん吸引等を行うことができる介護職員　　　＠５０，０００円　×　　　　人

強度行動障害支援者　　　　　　　　　　　　＠４０，０００円　×　　　　人

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 |  | | | | | | | 銀行・金庫 | | | | 店舗名 | | |  | | | | | 店 | 金融機関コード・店番 | | | | | | |
| 組合・農協 | | | | 所 |  |  |  |  |  |  |  |
| 預金種別 | １　普通　　　　　　２　当座 | | | | | | | | | | | | | | | | 口座番号 | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義  （カナ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※　補助金の交付を受けようとする法人は、別記様式第２号により障害福祉人材育成方針を作成して、申請書に添付して提出してください。

**交付対象者一覧**

１　社会福祉士、介護福祉士及び精神保健福祉士

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 交付対象者氏名 | 所属事業所名 | 資格種別 | 登録番号・登録年月日 | 雇用年月日 | |
|  |  |  | 第　　　　　号  令和　　年　　月　　日 | 昭和  平成  令和 | 年　　月　　日 |
|  |  |  | 第　　　　　号  令和　　年　　月　　日 | 昭和  平成  令和 | 年　　月　　日 |
|  |  |  | 第　　　　　号  令和　　年　　月　　日 | 昭和  平成  令和 | 年　　月　　日 |

２　相談支援専門員

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 交付対象者氏名 | 所属事業所名 | 研修修了証交付年月日 | 雇用年月日 | |
|  |  | 令和　　年　　月　　日 | 昭和  平成  令和 | 年　　月　　日 |
|  |  | 令和　　年　　月　　日 | 昭和  平成  令和 | 年　　月　　日 |
|  |  | 令和　　年　　月　　日 | 昭和  平成  令和 | 年　　月　　日 |

３　たん吸引等を行うことができる介護職員

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 交付対象者氏名 | 所属事業所名 | 登録番号・登録年月日 | 雇用年月日 | |
|  |  | 第　　　　号  令和　　年　　月　　日 | 昭和  平成  令和 | 年　　月　　日 |
|  |  | 第　　　　号  令和　　年　　月　　日 | 昭和  平成  令和 | 年　　月　　日 |
|  |  | 第　　　　号  令和　　年　　月　　日 | 昭和  平成  令和 | 年　　月　　日 |

４　強度行動障害支援者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 交付対象者氏名 | 所属事業所名 | 修了証交付年月日 | 雇用年月日 | |
|  |  | 令和　　年　　月　　日 | 昭和  平成  令和 | 年　　月　　日 |
|  |  | 令和　　年　　月　　日 | 昭和  平成  令和 | 年　　月　　日 |

※　補助金交付対象者全員について、対象となる資格等の登録証等の写しを添付してください。

※　雇用年月日は、運営法人に初めて雇用された日を記入してください。

５　福祉・介護職員処遇改善加算を算定しているか。（該当箇所に〇をして下さい。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| は　い |  | いいえ |  |

* 該当する法人については、以下の項目にもお答えください。

６　障害福祉サービスと介護保険サービスの両方を行っている法人において、それぞれのサービスを兼務し、補助金交付対象職員となっている者については、障害福祉サービスに従事した時間が、勤務した時間の５割を超えているか。（該当箇所に〇をして下さい。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| は　い |  | いいえ |  |