

令和8年 7月 1日

鹿児島市長 殿

赤字部分のみを記入

してください。

空白部分については

記入しないでくださ

い。

申請者	事業者(法人)所在地	鹿児島市〇〇町1番1号
	事業者(法人)名称	株式会社 〇〇
	代表者(職・氏名)	代表取締役 西郷 隆盛
	申請に係る担当者名 (連絡先)	村田 新八 (Tel 099-216-XXXX )

## 鹿児島市認知症介護基礎研修受講料補助金交付申請書

鹿児島市認知症介護基礎研修受講料補助金交付要綱第7条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて、補助金の交付を申請します。

## 記

1. 交付申請（請求）額

1,500円

（受講料×1/2×対象の介護職員数）

2. 対象の介護職員 ※記載欄が足りない場合は、本様式を複数枚作成すること

	(フリガナ) 氏名	当該事業所における 採用年月日(※)	雇用形態	認知症介護基礎研修 受講日
(1)	(オカボ トシヲ) 大久保 利通	令和8年4月1日	常勤・非常勤	令和8年5月15日
(2)	( )		常勤・非常勤	年 月 日
(3)	( )		常勤・非常勤	年 月 日

※既に採用されている者については、介護に直接携わるようになった年月日を記入して下さい。

3. 対象の介護職員が現に勤務する事業所

対象の介護職員	(1)	(2)	(3)
事業所名	グループホーム〇〇		
サービス種別	認知症対応型共同生活介護		

4. 確認事項（以下の質問について、該当しない場合は申請不可）

(1)	対象となる介護職員は、申請日現在も、当該事業所で継続して勤務しているか。	<input checked="" type="checkbox"/>
(2)	対象となる介護職員は、医療・福祉関係の資格を有していない職員か。	<input checked="" type="checkbox"/>
(3)	研修受講料は、対象となる介護職員を雇用する事業者が全額支払っているか。	<input checked="" type="checkbox"/>
(4)	当該研修受講料について、国や県の他公的機関等から助成を受けていないか。	<input checked="" type="checkbox"/>
(5)	当該研修受講料の領収書（写）を添付しているか。 ※申請者が、当該研修受講料を全額助成したことが分かる書類も添付すること。 （申請者作成の受領証や給与明細等の写しでも可）	<input checked="" type="checkbox"/>
(6)	認知症介護基礎研修を修了した旨の証明書（写）を添付しているか。 ※対象となる介護職員に当該研修を受講した修了証を求め、その写しを添付すること。（eラーニング受講後にPDF形式でダウンロード・印刷が可能）	<input checked="" type="checkbox"/>