

一関市告示第265号

一関市介護支援専門員育成支援事業費補助金交付要綱を次のように定め、令和8年4月1日以降の雇用及び育成指導に係る令和8年度分の補助金から適用する。

令和8年9月29日

一関市長 佐 藤 善 仁

一関市介護支援専門員育成支援事業費補助金交付要綱

(目的)

第1 居宅介護支援を行う介護支援専門員の育成を図り、もって当市における介護保険制度の安定的な運営を図るため、居宅介護支援に係る経験のない介護支援専門員を居宅介護支援事業所等において育成指導をした場合における当該指導に係る経費に対し、予算の範囲内で、一関市補助金交付規則（平成17年一関市規則第52号）及びこの告示により、介護支援専門員育成支援事業費補助金（以下「補助金」という。）を交付する。

(交付対象者)

第2 補助金の交付対象者は、市内に所在する居宅介護支援事業所及び介護予防支援事業所のうち、次の要件を満たすものとする。

- (1) 居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所における勤務経験のない介護支援専門員（介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の46第3項に規定する厚生労働省令で定める事項として届け出がなされていない者に限る。以下「育成対象者」という。）を雇用（当該事業所を運営する法人が雇用する場合又は配置替え等により当該事業所に勤務する場合を含む。）し、育成指導をしていること。
- (2) 前号の育成指導に関し、同一事業所内において、育成指導を行う介護支援専門員（以下「育成指導者」という。）を定めていること。

(交付対象経費等)

第3 補助金の交付対象となる経費（以下「交付対象経費」という。）は、育成指導者の人件費（育成対象者の育成指導に当たる人件費相当額に限る。）その他育成指導に要する経費とする。

2 交付対象経費は、育成対象者の育成指導を開始した日から6月を経過する日（以下「育成指導基準日」という。）までの間における経費とする。

(補助金の額)

第4 補助金の額は、交付対象経費の10分の10に相当する額とし、育成対象者1人当たり60万円を上限とする。

(交付の申請)

第5 補助金の交付を受けようとする者は、介護支援専門員育成支援事業費補助金交付申請書兼請求書(様式第1号)に育成対象者が作成する経歴書(様式第2号)を添えて、育成指導基準日の属する年度の末日までに市長に提出しなければならない。

(交付の決定等)

第6 市長は、第5の交付申請を受理した場合において、内容を審査の上、補助金の交付が適当と認めたときは、交付を決定し、申請者に通知するとともに、速やかに補助金を交付するものとする。

2 市長は、前項の審査において必要と認めたときは、申請者に対し必要な報告を求め、又は当該職員に帳簿書類その他の必要な物件を検査させ、若しくは関係者に質問させることができる。

(補則)

第7 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

様式第1号（第5関係）

年 月 日

一関市長 様

所在地
事業所名
事業所番号
代表者名
電話番号

介護支援専門員育成支援事業費補助金交付申請書兼請求書

介護支援専門員育成支援事業費補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり補助金の交付を申請し、請求します。

なお、申請日現在、育成対象の介護支援専門員が本事業所で勤務を継続していることを証明します。

申 請 兼 請 求 の 額		金 円
育成対象の 介護支援専門員	氏 名	
	介護支援専門員番号	
	介護支援専門員証の 交 付 年 月 日	年 月 日
	育 成 開 始 日	年 月 日
育成指導を する介護支援専門員	氏 名	
	介護支援専門員番号	

補助金の対象経費 ※上限60万円	育成指導者の人件費（A×B。60万円を超えるときは60万円） 円	
	積算内訳	育成指導者の給与等（6か月分の合計）（A） 円
		育成指導者の6か月の勤務時間のうち指導育成を行った時間の割合（B） %
	その他育成指導に要した経費（該当がある場合のみ）	

※ 育成指導者の人件費は、給与等支払額の分かるものの写し又は雇用主からの給与等支払額の証明を添付してください。

※ その他育成指導に要した経費は、該当がある場合に、項目及び金額を記入のうえ、領収書等の写しを添付してください。

振込先口座

銀行・金庫 組合・農協	店 所	☐ 普通 ☐ 当座										
フリガナ												
口座名義												

様式第2号（第5関係）

経 歴 書

氏 名		
介護支援専門員番号		
交付年月日	年 月 日	
主 な 職 歴 等		
年 月～ 年 月	事 業 所 名	職名、職務内容等
備 考		

上記経歴は真実であり、これまで居宅介護支援事業所及び介護予防支援事業所においてケアマネジメント業務を行ったことはありません。

年 月 日

氏名（署名）