

# 鳥取県介護人材就業奨励金支給要領

## 〔介護初任者研修〕

社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会

### 1 目的

本県における介護人材の確保を図ることを目的に、鳥取県介護人材就業奨励金事業を実施し、奨励金を支給するために必要な事項を定める。

### 2 定義

この要領において「初任者研修」とは、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第3条第1項1号ロに掲げる都道府県知事が指定する介護員養成研修事業者（以下「指定事業者」という。）が実施する研修で、介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第22条の23第1項に規定する介護職員初任者研修課程に係るものをいう。

### 3 事業内容

別で定めた「鳥取県介護職員初任者研修受講支援事業補助金交付要綱」の鳥取県介護職員初任者研修受講支援（一般向け）補助金交付事業の交付対象者において、初任者研修修了後、県内の介護事業所に介護職員として一定期間勤務した者に対し、2万円（県内の過疎指定地域に住所を有する事業所に従事する者は2万円を上乗せして）支給する。ただし、1人1回の支給とする。

### 4 支給要件

#### （1）介護の担い手奨励金

次の要件をいずれか満たす者。

- ① 鳥取県介護職員初任者研修受講支援（一般向け）補助金交付決定者であり、初任者研修修了後、3月15日までに鳥取県内の別表に掲げる種別の事業所に介護職員として3か月勤務した者。
- ② 申請年度の前年度鳥取県介護職員初任者研修受講支援（一般向け）補助金交付決定者であり、初任者研修修了日から1年以内に鳥取県内の別表に掲げる種別の事業所に介護職員として3か月勤務した者。

#### （2）過疎地域就業奨励金

次の要件をすべて満たす者。

- ① （1）介護の担い手奨励金の支給要件を満たす者。
- ② 県内の過疎指定地域に住所を有する事業所に従事する者。

なお、過疎指定地域とは、鳥取市（旧 河原町、佐治村、用瀬町、青谷町）、倉吉市（旧 関金町）、岩美町、若桜町、智頭町、八頭町（旧 船岡町、八東町）、三朝町、湯梨浜町（旧 泊村）、北栄町（旧 大栄町）、琴浦町（旧 赤碕町）、大山町、伯耆町（旧 溝口町）、日南町、日野町、江府町の1市11町の14地域をいう。

### 5 支給申請

本奨励金の支給を受けようとする者は、鳥取県介護人材就業奨励金支給申請書（様式第1号）を県社協に提出しなければならない。

## 6 申請期間

申請書の受付は、予算の範囲内で随時行うこととし、最終の提出期限は3月15日とする。

## 7 支給対象者の選定方法

本要領の定める要件に合致する者の中から選考することとし、原則として先着順とする。ただし、同着等の場合で、一方を選択する必要がある場合は、県社協会長が抽選により選定する。

## 8 交付決定

本奨励金の交付決定は、支給申請書が提出されたのち、所定の事項が適切に記載され、かつ必要な添付書類が添付されていることを県社協において確認した上で受理するとともに、提出書類の内容を審査し、支給の可否を決定し、様式第2号により支給決定通知するものとする。

## 9 その他

初任者研修修了後、速やかに就職先が決定しない場合、翌年度に本奨励金の予算の確保ができた場合に限り、予算の範囲内で、本奨励金の支給対象となりますので、その際は問合せ先へご連絡ください。

なお、初任者研修修了日から1年以内に本要領で定める期間の勤務が必要となります。

## 10 提出・問合せ先

〒689-0201 鳥取市伏野1729-5

社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会総務部

電 話：0857-59-6331

ファクシミリ：0857-59-6340

メー ル：soumu@tottori-wel.or.jp

### 附 則

この要領は、平成30年4月2日から施行する。

### 附 則

この要領は、平成31年3月28日から施行し、平成31年度事業から適用する。

### 附 則

この要領は、令和2年3月30日から施行し、令和2年度事業から適用する。

### 附 則

この要領は、令和3年3月31日から施行し、令和3年度事業から適用する。

## 別表

通し番号	事業所種別
1	第1号通所事業（介護保険法第115条の45第1項第1号のロ）
2	老人デイサービスセンター
3	指定通所介護（指定療養通所介護を含む）
4	指定介護予防通所介護
5	指定認知症対応型通所介護
6	指定介護予防認知症対応型通所介護
7	老人短期入所施設
8	指定短期入所生活介護
9	指定介護予防短期入所生活介護
10	養護老人ホーム
11	特別養護老人ホーム（指定介護老人福祉施設）
12	軽費老人ホーム
13	ケアハウス
14	有料老人ホーム
15	指定小規模多機能型居宅介護
16	指定介護予防小規模多機能型居宅介護
17	指定複合型サービス
18	指定訪問入浴介護
19	指定介護予防訪問入浴介護
20	指定認知症対応型共同生活介護
21	指定介護予防認知症対応型共同生活介護
22	介護老人保健施設
23	指定通所リハビリテーション
24	指定介護予防通所リハビリテーション
25	指定短期入所療養介護
26	指定介護予防短期入所療養介護
27	指定特定施設入居者生活介護
28	指定介護予防特定施設入居者生活介護
29	指定地域密着型特定施設入居者生活介護
30	サービス付き高齢者向け住宅
31	第1号訪問事業（介護保険法第115条の45第1項第1号のイ）
32	指定訪問介護
33	指定介護予防訪問介護
34	指定夜間対応型訪問介護
35	指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護
36	介護医療院

## 介護人材就業奨励金事務の流れ

### 鳥取県介護職員初任者研修受講支援事業（一般向け）補助金の交付

研修に係る補助金の事務

申請者 <受講計画書を提出>  
※介護人材就業奨励金申請の有無を記入

県社協 <交付対象者決定> ※原則先着順

申請者 <初任者研修実施、修了>

申請者 <交付申請書兼実績報告書を提出>

県社協 <交付決定>  
「補助金交付決定通知書及び額の確定通知書」を送付  
※奨励金の申請に必要な書類です。大切に保管して下さい。

県社協 <補助金の支払い>

奨励金の事務（就職後）

申請者 3月15日までに 県内介護事業所に  
介護職員として3ヶ月の就労

申請者 <介護人材就業奨励金支給申請書を提出>

【奨励金の種類】 介護の担い手奨励金、過疎地域就業奨励金

【提出期限】

研修修了後、鳥取県内介護事業所での3カ月間の就労を経た後、速やかに。  
最終の提出期限 3月15日まで

県社協 <奨励金の審査・支給決定>  
支給申請書を審査し、支給要件を満たすことを審査し、「支給決定通知書及び額の確定通知書」を県社協から送付します。

県社協 <精算払い>  
奨励金を指定口座に振り込みます。

受付番号	
------	--

年 月 日

社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会  
 会長 藤井 喜臣 様

申請者氏名： ㊟

鳥取県介護人材就業奨励金支給申請書  
 [初任者研修]

鳥取県介護人材就業奨励金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

記

フリガナ		
氏名		
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日
電話番号	—	—
住所	〒 —	
奨励金の種別 <small>※当てはまる番号に○印を記入</small>	1. 介護の担い手奨励金 2. 介護の担い手奨励金+過疎地域就業奨励金	
支給申請金額	円	
勤務先施設名等	(法人名) (施設名) (勤務開始年月日) 年 月 日	
振込口座	金融機関名	
	支店名	
	預金種別	
	口座番号	
	名義 (カタカナ)	

【添付書類】

- ① 在職証明書 (参考様式を参照)
- ② 「鳥取県介護職員初任者研修受講支援事業 (一般向け) 補助金交付決定通知書及び額の確定通知書」の写し

※申請者以外の口座に振り込みを希望する場合は、別紙様式 (委任状付口座振込依頼書)

参考様式（※様式は団体所定のもので可）

（ただし、以下の様式を参考に必要事項が記載されていること）

年 月 日

社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会  
会長 藤井 喜臣 様

団体等の住所：

団体等の名称： ㊟

### 在職証明書

下記の者が当団体に勤務していることを証明します。

フリガナ	
氏名	
住所	〒 —
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
職種	1 介護職員 2 訪問介護員 3 その他（ ）
職務内容	
就労開始年月日	年 月 日
勤務先施設名等	施設（事業所）名： 住所：
勤務施設担当者 連絡先	担当者名： 電話番号：

鳥社協発第 号  
年 月 日

様

社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会  
会長 ㊟

年度鳥取県介護人材就業奨励金支給決定通知書  
〔初任者研修〕

年 月 日付けで提出のあった鳥取県介護人材就業奨励金支給申請書について、審査した結果、適当と認められますので、下記のとおり支給することと決定しましたので通知します。

記

- 1 事業名  
鳥取県介護人材就業奨励金
- 2 支給決定額  
金 円
- 3 支払予定日  
年 月 旬（予定）

別紙様式

口座振込依頼書

年 月 日

社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会  
会長 藤井喜臣 様

(住所)

(氏名)



鳥取県介護人材就業奨励金については、下記の口座へ振り込んでください。

(振込先)

金融機関名	銀行・金庫		本店・支店
	組合		本所・支所
口座の種類	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座の名義			

委任状

下記受任者を代理人と定め、次の権限を委任します。  
鳥取県介護人材就業奨励金の受領権限

年 月 日

委任者 住所  
氏名

印

受任者 住所  
氏名