

介護職員初任者研修資格取得支援助成金について

介護職員初任者研修の資格を取得した市民や市内高等学校に通う生徒に対し、「恵那市介護職員初任者研修資格取得支援助成金」を交付します。

●助成金額 受講経費 or 80,000 円
…いずれか少ない額

〔 申請の手続き 〕

（１）申請期間 随時受付

※介護職員初任者研修を修了した日の翌月から 1 年以内に申請してください

（２）交付予定人数〔令和 8 年度〕 3 名（先着順）

（３）資格要件（全てに○）

介護職員初任者研修を受講し、修了した日の翌月から 1 年以内の申請であること

※「県補助金の補助を受けることができる補助事業者に雇用されている方」「既に当助成金の交付を受けた方」「恵那市暴力団排除条例第 2 条第 2 号に該当する方」を除きます。

（４）提出書類

- ①交付申請書（様式 1）
- ②研修事業者が発行した介護職員初任者研修修了証の写し
- ③受講経費の領収書の写し
- ④受講料、テキスト代等の内訳が分かる書類（研修案内等）
- ⑤助成金請求書（様式 5）
- ⑥在学証明書（様式 2）
- ⑦（助成金の支払先が申請者と異なる場合）受領委任状（様式 3）

※審査にあたり、その他の書類を提出していただくことがあります。

※⑥は、市内の高校に通う生徒のうち、恵那市民ではない場合に提出してください。

（５）提出先

恵那市役所 高齢福祉課（〒509-7292 恵那市長島町正家 1-1-1）

※郵送による申請も可能です

■問合せ先：恵那市役所 高齢福祉課 高齢福祉係
0573-26-2111（代）



恵那市公式キャラクター「エーナ」

記入例：①交付申請書（様式1）

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

恵那市長 様

恵那市介護職員初任者研修資格取得支援助成金交付申請書

助成金の交付を受けたいので、恵那市介護職員初任者研修資格取得支援助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、市が交付資格を審査するために、住民基本台帳等の公簿その他必要な個人情報の確認を行うこと及び市が住所地、学校、勤務先等必要な情報を取得することについて同意します。また、恵那市介護職員初任者研修資格取得支援助成金の返還の債務が生じたときは、返還期日までに返還します。

記

申請者	氏 名	恵那 太郎 (署名又は記名押印)
	住 所	〒 509-7203 恵那市長島町正家****-
	監護する 高校生の氏名	
	監護する 高校生の住所	☐ 申請者の住所と同じ 〒
	電話番号	0573-**-****
	勤務先・学校名	株式会社〇〇
	研修受講者の 研修修了年月日	令和 8 年 8 月 25 日

※ 監護する高校生の氏名及び監護する高校生の住所欄は、高校生の保護者が申請者になる場合に記載すること。

添付書類

- 1 研修事業者が発行した介護職員初任者研修修了証の写し
- 2 受講経費の領収書の写し
- 3 受講経費の内訳が分かる書類（研修案内等）
- 4 監護する高校生が市内の高校に通う者であって、市外在住である場合は、高校生の在学証明書（様式第2号）
- 5 助成金の受領を研修事業者へ委任する場合は、恵那市介護職員初任者研修資格取得支援助成金受領委任状（様式第3号）

記入例：⑤助成金請求書（様式 5）

様式第 5 号（第 7 条関係）

年 月 日

恵那市長 様

住所 恵那市長島町正家****-

氏名 恵那 太郎

恵那市介護職員初任者研修資格取得支援助成金請求書

交付決定を受けた恵那市介護職員初任者研修資格取得支援助成金について、次のとおり
恵那市介護職員初任者研修資格取得支援助成金交付要綱第 7 条の規定により請求します。

請求額		80,000 円												
金融機関	〇 〇					銀行 金庫 農業協同組合 信用組合		恵 那					本店 支店 支所 出張所	
	金融機関番号							支店番号						
預金種目	☒ 普通 ☐ 当座 ☐ 貯蓄 ☐ その他 ()					口座番号		1	2	3	4	5	6	7
口座名義 (フリガナ)	エ	ナ		タ	ロ	ウ								
口座名義 (漢字等)	恵那 太郎													

※振込先口座は、申請者名義の口座に限ります。
※ ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名（漢数字）・預金種目・口座番号を記入してください。

記入例：⑦（助成金の支払先が申請者と異なる場合）受領委任状（様式3）

様式第3号（第5条関係）

令和8年9月1日

恵那市長様

住所 恵那市長島町正家***-*

氏名 恵那 太郎
(署名又は記名押印)

恵那市介護職員初任者研修資格取得支援助成金受領委任状

恵那市介護職員初任者研修資格取得支援助成金に係る請求及び受領に関する権限を下記の受任者に委任します。
委任に当たり、受任者が恵那市に対して助成金の請求を行うため、必要な個人情報等の提供を行うことに同意します。

記

受任者

名称	社会福祉法人〇〇
所在地	恵那市大井町***-*
代表者氏名	岐阜 県子
担当者連絡先	0573-22-××××