

【介護支援専門員法定研修負担軽減事業】

■「介護支援専門員法定研修負担軽減事業について」

令和7年度より介護支援専門員法定研修負担軽減事業が開始されました。以下の要件を満たす方に研修修了後、10,000円を銀行振込で返金いたします。

○ 神奈川県で指定や委託を受けた研修機関が実施する介護支援専門員にかかる令和7年度以降に開講する法定研修を受講し、**修了していること**

○ **神奈川県内の事業所**において、法定研修修了時に介護支援専門員として従事していること。

→神奈川県**外**の事業所で従事している方は対象外です。

＊ 未就労者については、研修修了後3か月以内に県内の事業所で介護支援専門員として従事した場合、対象となります。

＊ 神奈川県以外で登録されている方も対象となります。

申請書類について

・要件を満たし申請される方は以下の書類を**郵送にて提出していただきます**。

1. 様式1 介護支援専門員業務従事証明書
2. 様式2 介護支援専門員法定研修負担軽減事業補助金振込口座届
3. 預金通帳の表紙を開いた直後の1ページ目のコピー（金融機関名、支店名、口座番号、口座名義、口座名義のフリガナがわかるページ）。ネット銀行等で通帳が無い場合、該当箇所が確認できるホームページ画面を印刷して添付してください。

※様式1, 2は本会ホームページ-法定研修会情報-主任介護支援専門員研修負担軽減事業についてのページに掲載しています。

申請、振込スケジュール、送付先について

- 申請書類送付締め切り 3月3日(火)消印有効 。締め切り間近ではなく、早めにお送りいただきますようお願いいたします。
- 受講料振込期日 3月17日(火)予定
- 送付先

〒231-0023

横浜市中区山下町23番地 日土地山下町ビル9階

神奈川県介護支援専門員協会

主任介護支援専門員研修担当

※研修会場、本会事務局に直接持参しても受理いたしません。

【証明書作成にあたっての留意事項】

介護支援専門員業務従事証明書 (介護支援専門員法定研修負担軽減事業用)

様式 1

法人又は
施設事業所の名称
所在地
代表者氏名
電話番号
作成担当者氏名

印

- 証明できる方が法人、事業所により異なると思われますので、証明者は法人代表者または事業所代表者のいずれかであれば問題ありません。
- 介護支援専門員業務従事証明書は受講者本人が作成しないでください。法人、事業所等の証明権限を有する方が作成、証明して下さい。（受講者と証明権限を有する方が同一の場合は除きます）

次の者について、介護支援専門員としていることを証明します。

氏 名								
介護支援専門員登録番号								

従事証明書作成日	令和 年 月 日
事業所名	
事業所番号	

押印いただく印鑑について

- 証明印は**代表者印**または**角印**のいずれかをご捺印ください。なお、**個人の認印**はご使用いただけませんのでご注意ください。
- **代表者印**



角印（法人印、事業所印）



【証明書作成にあたっての留意事項】

従事証明書作成日	令和 年 月 日
事業所名	
事業所番号	
該当する種別に☑チェックしてください	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 特定施設 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型 <input type="checkbox"/> その他()
事業所所在地 (Tel)	〒 Tel (- -)

※ 従事期間を証明できる方が法人、事業所により異なると思われるので、証明者や証明印は法人代表者または事業所代表者のいずれかであれば問題ありません。

※ 介護支援専門員としての従事は専任・兼任、常勤・非常勤を問いません。

<介護支援専門員法定研修負担軽減事業対象者>

- 証明書の作成の日付は研修終了後で無くても構いません。
- 記入漏れがあった場合は無効となります。各項目記載漏れが無いようご注意ください。
- 特に従事証明書作成日の記載漏れ、事業所種別のチェック漏れが多くみられますので、ご注意ください。
- 介護支援専門員としての従事は専任・兼任、常勤・非常勤を問いません。

【振込作成にあたっての留意事項】

介護支援専門員法定研修負担軽減事業費補助金振込口座届

一般社団法人 神奈川県介護支援専門員協会

理事長 殿

【提出先】

〒231-0023

神奈川県横浜市中区山下町 23 番地 日土地山下町ビル 9 階

以下のとおり届出します。

受講番号	
フリガナ	
受講者 氏名	

振込口座

フリガナ	
口座名義人	
銀行名	
支店名	
口座番号	
預金種別	普通・当座 ※該当する口座に○を入れてください。

※受講料返金の振込口座は受講者本人、事業所かは問いません。

※預金通帳の表紙を開いた直後の 1 ページ目をコピーして添付してください。(金融機関名、支店名、口座番号、口座名義、口座名義のフリガナがわかるページ)。

※記載内容の誤りによる振り込みが出来なかった場合には手数料を差し引いて振込いたします。

- 受講料返金の振込口座は受講者本人、事業所かは問いません。
- 預金通帳の表紙を開いた直後の1ページ目をコピーして添付してください。(金融機関名、支店名、口座番号、口座名義、口座名義のフリガナがわかるページ)。
- ネット銀行等で通帳が無い場合、該当箇所が確認できるホームページ画面を印刷して添付してください。
- 記載内容の誤りによる振り込みが出来なかった場合には手数料を差し引いて振込いたします。
- 各項目記載漏れが無いよう作成してください。
- 法人振込の場合で、同一の法人・事業所から複数の受講者がいらっしゃる際も、**受講者1名につき1枚**の振込口座届をご提出ください。