

○能登町介護福祉士国家試験対策模擬試験受験補助金交付要綱

令和4年3月25日告示第29号

能登町介護福祉士国家試験対策模擬試験受験補助金交付要綱

(目的)

第1条 この告示は、介護従事者の不足の解消及び定着及び将来の介護サービスの安定的供給の確保を図るため、専門的な技能に係る資格の取得意欲を高めることを目的として、町内の介護保険施設等に就職する介護従事者又は町内の介護事業所等で就職する予定のある者に対し、予算の範囲内において介護福祉士国家試験に向けた対策模擬試験受験に要した費用を補助するものとし、その支給に関しては、能登町補助金交付規則（平成17年能登町規則第34号）に定めるもののほか、この告示によるものとする。

(定義)

第2条 この告示において、介護保険施設等とは、介護保険法（平成9年法律第123号）第8条及び第8条の2に規定するサービスを行う事業所及び介護療養型医療施設をいう。

(交付対象者)

第3条 補助金の交付対象者は、町内に住所を有する者であつて、日本国籍を有する者、又は出入国管理及び難民認定法（昭和26年政令第319号）別表第2に定める在留資格のうち、永住者又は日本人の配偶者又は永住者の配偶者等のいずれかを有する者、若しくは「日本国との平和条約に基づき日本の国籍を離脱した者等の出入国管理に関する特例法（平成3年法律第71号）」に定める特別永住者であつて、別表の支給要件を全て満たす者とする。

(補助対象経費及び補助金額)

第4条 補助の対象となる経費は、令和4年4月1日以降に実施された介護福祉士国家試験に向けた対策模擬試験受験費とする。

2 前項における介護福祉士国家試験に向けた対策模擬試験とは、次に掲げるいずれかの法人が開催又は共催するものとする。

- (1) 公益社団法人 日本介護福祉士会
- (2) 一般社団法人 石川県介護福祉士会

3 補助金の額は、第1項の経費の10分の10とし、10,000円を限度とする。

(補助の申請)

第5条 補助金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、能登町介護福祉士国家試験対策模擬試験受験補助金交付申請書（様式第1号）に、次に掲げる書類を添付して、町長に提出しなければならない。

- (1) 領収書又は支払いしたことがわかる書類
- (2) 前各号に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類

2 前項の規定による申請は、受験日の翌日から起算して1年以内に行わなければならない。

(補助の決定)

第6条 町長は、前条第1項の規定による申請があつたときは、その内容を審査し、補助の可否及び補助金の額を決定し、能登町介護福祉士国家試験対策模擬試験受験補助金交付決定（却下）通知書（様式第2号）により申請者に通知するものとする。

(補助金の請求)

第7条 前条の規定により交付決定の通知を受けた者は、能登町介護福祉士国家試験対策模擬試験受験補助金交付請求書（様式第3号）により町長に補助金を請求するものとする。

(補助金の返還)

第8条 町長は、補助金の交付を受けた者が次の各号のいずれかに該当するときは、当該補助金の交付決定を取り消し、既に補助金が交付されているときは、その全部を返還させることができる。

- (1) 偽りその他不正の手段により決定を受けたとき。
 - (2) その他補助金の交付が不相当であると町長が認めるとき。
- (その他)

第9条 この告示に定めるもののほか、補助金の交付に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この告示は、令和4年4月1日から施行する。

別表 (第3条関係)

支給要件	1 申請時において、町内の民間介護保険施設等に常勤雇用として就職する介護従事者又はその予定である者
	2 町税の滞納がない者

様式第1号 (第5条関係)
様式第1号 (第5条関係)

能登町介護福祉士国家試験対策模擬試験受験補助金交付申請書

年 月 日

(宛先) 能登町長

住 所 能登町字
申請者 氏 名
(連絡先電話番号)
就業 (予定) 介護保険施設等名
()

能登町介護福祉士国家試験対策模擬試験受験補助金の支給を受けたいので、能登町介護福祉士国家試験対策模擬試験受験補助金交付要綱第5条の規定により、申請します。

補助申請額 _____ 円

添付書類

- (1) 領収書
- (2) (1)が無い場合には支払いがわかるもの
- (3) 前各号に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類

誓約兼同意

私は、能登町介護福祉士国家試験対策模擬試験受験補助金交付要綱の申請条件を理解した上で申請し、申請書及び添付書類に記入した事項は、全て相違ないことを誓約します。

また、能登町が申請条件の審査を行うに当たり、必要があるときは審査の対象となる町税の納付状況及び勤務実態等につき、能登町役場関係部署、その他町内介護保険施設等に必要な書類を閲覧させ、又はその内容を記録させることを求めることに同意します。なお、偽りその他不正な手段により、給付金を受けていたと認められる場合は、速やかに給付金の全部を返還します。

申請者 氏 名 _____

様式第2号 (第6条関係)
様式第2号 (第6条関係)

第 年 月 日 号

様

能登町長



能登町介護福祉士国家試験対策模擬試験受験補助金交付決定（却下）通知書

年 月 日付で申請のありました、能登町介護福祉士国家試験対策模擬試験受験補助金の交付について、能登町介護福祉士国家試験対策模擬試験受験補助金交付要綱第6条の規定により下記のとおり決定したので通知します。

1. 決定事項 決 定 ・ 却 下
2. 補助決定額 _____ 円
3. 却下の場合その理由

様式第3号 (第7条関係)

様式第3号 (第7条関係)

年 月 日

(宛先) 能登町長

住所 能登町字
申請者 氏名
(連絡先電話番号)

能登町介護福祉士国家試験対策模擬試験受験補助金交付請求書

年 月 日付け第 号により交付決定があった能登町介護福祉士国家試験対策模擬試験受験補助金について、能登町介護福祉士国家試験対策模擬試験受験補助金交付要綱第7条の規定により、下記のとおり請求します。

1. 交付請求額 _____ 円 (補助金交付決定通知書に記載の額)

2. 振込先

振込先	銀行・信用金庫・信用組合・農協	
	本店・本所・支店・出張所	
	口座種別	
	口座番号	
	口座名義人	
	フリガナ	

※口座名義人は本人に限る。