

○能登町介護サービス資格取得奨励給付金支給要綱

令和4年3月25日告示第28号

能登町介護サービス資格取得奨励給付金支給要綱

(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、介護福祉士等の資格を取得及び保有し、町内の介護保険施設等に就職する介護従事者に対し、予算の範囲内において給付金を支給するものとし、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、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 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。
- (2) 介護福祉士等の資格とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視覚訓練士、介護福祉士、介護支援専門員、主任介護支援専門員、社会福祉士、看護師、准看護師、管理栄養士及び歯科衛生士の資格をいう。
- (3) 常勤雇用とは、町内の民間事業所に雇用される者が事業所の所定労働時間を勤務することをいう。

(給付対象者)

第3条 給付金の支給対象者は、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、別表第1の支給要件を全て満たす者とする。

(支給方法及び給付金の額)

第4条 支給方法及び給付金の額は、別表第2のとおりとする。

(支給申請・請求)

第5条 給付金の支給を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、介護福祉士等の資格を取得した日若しくは雇用開始日から2か月以内に、能登町介護サービス資格取得奨励給付金支給申請書（様式第1号）に次に掲げる書類を添えて町長に提出しなければならない。

- (1) 雇用証明書（様式第2号）
- (2) 履歴書（様式第3号）
- (3) 誓約兼同意書（様式第4号）
- (4) 資格を証明する書類の写し
- (5) 連帯保証人の所得証明書
- (6) 前各号に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類

(給付金支給決定及び額の確定)

第6条 町長は、前条の申請書を受理したときは、その内容を審査し、適当と認めるときは、給付金の支給決定及び額の確定をし、申請書を受理した日から1箇月以内に能登町介護サービス資格取得奨励給付金支給決定及び額確定通知書（様式第5号）を申請者に通知するものとする。

(給付金の返還)

第7条 町長は、給付金の支給を受けた者が、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るときは、申請者又は連帯保証人に支給した給付金の一部又は全部の返還を求めることができる。

2 町長は、前項の規定による返還を決定したときは、能登町介護サービス資格取得奨励給付金返還請求書（様式第6号）を通知しなければならない。

（給付金の返還免除）

第8条 町長は、支給対象者が死亡又は心身障害等の理由により給付金の返還が不能又は困難となったときは、前条の規定による返還の全部又は一部を免除することができる。

2 前項の規定により給付金の返還の免除を受けようとする者は、能登町介護サービス資格取得奨励給付金返還免除申請書（様式第7号）を町長に提出しなければならない。

3 町長は、前項の規定による申請書により同項の規定の適用が適当と認められる場合は、能登町介護サービス資格取得奨励給付金返還免除申請許可書（様式第8号）により給付金の返還の免除を受けようとする者に通知するものとする。

（その他）

第9条 この告示に定めるもののほか必要な事項は、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1（第3条関係）

支給要件	1 申請時に、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であって、令和4年1月1日以降に介護福祉士等の資格を取得及び保有した者
	2 町税の滞納がない者

備考 過去に町外の介護保険施設等に雇用されていた事実及び能登町新人・再就職介護従事者就業支援給付金支給要綱（令和元年能登町告示第24号）による支給を受けていた事実の有無は問わない。

別表第2（第4条関係）

支給方法	給付金の額
その介護福祉士等の資格につき1人1回を限度とし、別の資格を取得及び保有した場合は、その都度支給することができる。	一律200,000円

様式第1号 (第5条関係)
 様式第1号 (第5条関係)

能登町介護サービス資格取得奨励給付金支給申請書

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)

能登町介護サービス資格取得奨励給付金の支給を受けたいので、能登町介護サービス資格取得奨励給付金支給要綱第5条の規定により、申請します。

就業介護保険施設等名			
雇用期間 ※該当するいずれかの欄に○をつけること。		年 月 日から	年 月 日まで
		特に期間の定め無し	
介護福祉士等の資格 ※該当するいずれかを○で囲むこと。		理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 視覚訓練士 介護福祉士 介護支援専門員 主任介護支援専門員 社会福祉士 看護師 准看護師 管理栄養士 歯科衛生士	
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		

私は、能登町介護サービス資格取得奨励給付金支給要綱第8条の規定により申請者の給付金を返還する場合は、その連帯保証人となることに同意します。

連帯保証人	住 所			
	氏 名		申請者との関係	
	生年月日	年 月 日	連絡先電話番号	

※添付書類：能登町介護サービス資格取得奨励給付金支給要綱別表第3に定める書類。

様式第2号 (第5条関係)
様式第2号 (第5条関係)

雇用証明書

住 所	能登町字		
氏 名			
生年月日	年	月	日
勤務先			
所 属			
職種 (資格)			
雇用形態 ※該当するいずれかの欄に○をつけること。		常勤 (正職員)	
		常勤 (臨時職員)	
雇用期間 ※該当するいずれかの欄に○をつけること。		年	月 日から
		年	月 日まで
		特に期間の定め無し	

上記のとおり雇用していることを証明します。

年 月 日

(宛先) 能登町長

住 所
事業所名
代表者名

様式第4号（第5条関係）

様式第4号（第5条関係）

誓約兼同意書

年 月 日

（宛先） 能登町長

住 所 能登町字

申請者

氏 名

私は、能登町介護サービス資格取得奨励給付金支給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、速やかに給付金の一部又は全部を返還します。

様式第5号 (第6条関係)
様式第5号 (第6条関係)

第 年 月 日 号

様

能登町長



能登町介護サービス資格取得奨励給付金支給決定及び額確定通知書

年 月 日付で申請のありました、能登町介護サービス資格取得奨励給付金の支給について、下記のとおり交付することに決定し額を確定しましたので通知します。

給付金支給決定額	金 円
----------	-----

様式第6号 (第7条関係)
様式第6号 (第7条関係)

能登町介護サービス資格取得奨励給付金返還請求書

年 月 日

様

能登町長



年 月 日付け 第 号により給付決定した能登町介護サービス資格取得奨励給付金を偽りその他不正な手段により受けていたと認められましたので、能登町介護サービス資格取得奨励給付金支給要綱第7条の規定により下記の金額を請求いたしますので、速やかに下記の口座に返還してください。

返還事由	
------	--

請求額	金 円
-----	-----

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

返還期日	年 月 日
------	-------

様式第7号 (第8条関係)

様式第7号 (第8条関係)

能登町介護サービス資格取得奨励給付金返還免除申請書

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)

年 月 日付け 第 号により返還命令を受けた能登町介護サービス資格取得奨励給付金の全部又は一部について、下記のとおり返還の免除を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

返還免除を申請する給付対象者の氏名	
返還免除を申請する連帯保証人の氏名	
既受領給付額	金 円
返還命令額のうち返還免除を受けたい額	金 円
返還免除を申請する理由	

※添付書類：返還免除を申請する理由が分かる書類（戸籍抄本、障害者手帳等）

様式第8号 (第8条関係)
様式第8号 (第8条関係)

能登町介護サービス資格取得奨励給付金返還免除許可通知書

年 月 日

様

能登町長



年 月 日付で申請のあった能登町介護サービス資格取得奨励給付金の返還免除について、次のとおり許可します。

返還免除を受ける給付対象者の氏名	
返還免除を受ける連帯保証人の氏名	
返還命令給付額	金 円
返還命令給付額のうち免除許可する額	金 円
返還免除許可をする理由	