

西宮市介護予防・生活支援員雇用促進給付金支給申請書兼請求書

西 宮 市 長 宛

(申請者) 〒

法人所在地

法人名

代表者職・氏名

介護予防・生活支援員雇用促進給付金の支給を受けたいので、介護予防・生活支援員雇用促進給付金支給要綱第4条の規定により、次のとおり申請（請求）します。

事業所名	
対象者（介護予防・生活支援員）の氏名	
上記対象者を雇用した日	年 月 日
本市指定家事援助限定型訪問サービスに30回目に従事した日	年 月 日
申請（請求）金額	50,000円
添付書類	<input type="checkbox"/> 研修修了証の写し <input type="checkbox"/> 支給申請を行う事業者が対象者を雇用した日を証する書類の写し <input type="checkbox"/> 対象者が支給申請を行う事業者において、雇用した日の翌日から起算して6箇月以内に本市指定家事援助限定型訪問サービスに <u>30回以上</u> 従事したことを証する書類（様式第2号）

上記請求代金は下記の預金口座に振り込んでください。なお、この口座振替をもって支払の効力を生ずることについて異議ありません。

※申請者である法人名義の口座を指定してください

振込先口座	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	預金種別	普通・当座・その他()			
	金融機関コード		店舗コード		口座番号		
	フリガナ						
	口座名義人						

様式第2号（第4条関係）

対象者が本市指定家事援助限定型訪問サービス業務に30回以上従事したことを証する書類

事業所名	
担当者	
担当連絡先	
対象者（介護予防・生活支援員）の氏名	
対象者が30回以上従事したことを証する書類（いずれかに☑）	<input type="checkbox"/> 下記一覧のとおり → 下記のサービス提供一覧に記載してください <hr/> <input type="checkbox"/> 別紙のとおり → サービス提供者名、利用者の被保険者番号・氏名・サービス提供日がわかるサービス提供記録の写しや任意様式の一覧等を添付してください
サービス利用者の住民票所在地（該当すれば☑）	<input type="checkbox"/> 本給付金の対象となるサービス利用者の住民票所在地はすべて西宮市であることは確認済みです。（当該サービスの提供先は「西宮市の被保険者であること」ではなく、「住民票が西宮市にあること」が要件です。）

<サービス提供一覧> ※別紙とする場合は記載不要です

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供日（年月日を記載）
000		
000		
000		
000		
000		
000		
000		
000		
000		

私は、上記又は別紙記載のサービスを提供しました。また、雇用された日において、介護福祉士・実務者研修、介護職員初任者研修等のヘルパー資格は所持していませんでした。

介護予防・生活支援員（署名） _____

西宮市介護予防・生活支援員雇用促進給付金支給申請書兼請求書

西宮市長宛

(申請者) 〒 662-0000

法人所在地 西宮市〇〇町〇〇番〇〇号

法人名 〇〇株式会社

代表者職・氏名 代表取締役 〇〇 〇〇

介護予防・生活支援員雇用促進給付金の支給を受けたいので、介護予防・生活支援員雇用促進給付金支給要綱第4条の規定により、次のとおり申請（請求）します。

事業所名	〇〇家事援助限定型訪問サービス事業所
対象者（介護予防・生活支援員）の氏名	〇〇 〇〇
上記対象者を雇用した日	令和6年4月2日
本市指定家事援助限定型訪問サービスに30回目に従事した日	令和6年6月25日
申請（請求）金額	50,000円
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 研修修了証の写し <input checked="" type="checkbox"/> 支給申請を行う事業者が対象者を雇用した日を証する書類の写し <input checked="" type="checkbox"/> 対象者が支給申請を行う事業者において、雇用した日の翌日から起算して6箇月以内に本市指定家事援助限定型訪問サービスに <u>30回以上</u> 従事したことを証する書類（様式第2号）

上記請求代金は下記の預金口座に振り込んでください。なお、この口座振替をもって支払の効力を生ずることについて異議ありません。

※申請者である法人名義の口座を指定してください

振込先口座	<input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> 信用組合 <input type="radio"/> 農協	<input type="radio"/> 本店 <input checked="" type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 支所 <input type="radio"/> 出張所	預金種別	<input checked="" type="radio"/> 普通・当座・その他()										
	金融機関コード		店舗コード		口座番号									
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	フリガナ		〇〇〇 〇〇〇											
	口座名義人		〇〇 〇〇											

様式第2号（第4条関係）

対象者が本市指定家事援助限定型訪問サービス業務に30回以上従事したことを証する書類

事業所名	〇〇家事援助限定型訪問サービス事業所
担当者	〇〇 〇〇
担当連絡先	(0798)00-0000
対象者（介護予防・生活支援員）の氏名	〇〇 〇〇
対象者が30回以上従事したことを証する書類（いずれかに☑）	<input checked="" type="checkbox"/> 下記一覧のとおり → 下記のサービス提供一覧に記載してください
	<input type="checkbox"/> 別紙のとおり → サービス提供者名、利用者の被保険者番号・氏名・サービス提供日がわかるサービス提供記録の写しや任意様式の一覧等を添付してください
サービス利用者の住民票所在地（該当すれば☑）	<input checked="" type="checkbox"/> 本給付金の対象となるサービス利用者の住民票所在地はすべて西宮市であることは確認済みです。（当該サービスの提供先は「西宮市の被保険者であること」ではなく、「住民票が西宮市にあること」が要件です。）

<サービス提供一覧> ※別紙とする場合は記載不要です

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供日（年月日を記載）
0009999999	〇〇 〇〇	R6.4/5、4/12、4/19、4/26、5/3、5/10、5/17、5/24、5/31
0008888888	〇〇 〇〇	R6.5/3、5/10、5/17、5/24、5/31、6/7、6/14、6/21
0007777777	〇〇 〇〇	R6.4/5、4/12、4/19、4/26、5/3、5/10、5/17、5/24、5/31
0007777777	〇〇 〇〇	R6.6/4、6/11、6/18、6/25
000		
000		
000		
000		
000		

私は、上記又は別紙記載のサービスを提供しました。また、雇用された日において、介護福祉士・実務者研修、介護職員初任者研修等のヘルパー資格は所持していませんでした。

介護予防・生活支援員（署名） 〇〇 〇〇