鯖江市介護人材確保・充実奨励金交付要綱

（目的）

第１条　この要綱は、鯖江市に所在する介護サービス事業所（以下「介護事業所」という。）に鯖江市介護人材確保・充実奨励金（以下「奨励金」という。）を交付することにより、介護サービス従事者の定着および充実を図ることを目的とする。

（用語の定義)

第２条　この要綱において、使用する用語は介護保険法（平成９年法律第１２３号。以下「法」という。）および老人福祉法（昭和３８年法律第１３３号）において使用する用語の例によるほか、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)　介護事業所　鯖江市に所在し、法に規定する介護老人保健施設、介護医療院、居宅サービス事業所、地域密着型サービス事業所、居宅介護支援事業所、介護予防サービス事業所、地域密着型介護予防サービス事業所および介護予防支援事業所ならびに老人福祉法に規定する養護老人ホーム、特別養護老人ホームおよび老人介護支援センター

(２)　介護サービス従事者　介護事業所において介護の業務に従事する者をいう。

(３)　正規職員　期間の定めのない雇用契約で週３０時間以上勤務している者をいう。

(４)　言語聴覚士　言語聴覚士法（平成９年法律第１３２号）第２条に規定する者をいう。

(５)　歯科衛生士　歯科衛生法（昭和２３年法律第２０４号）第２条に規定する者をいう。

（奨励金の種別等）

第３条　奨励金の種別、交付対象者、交付要件および金額は別表第１のとおりとする。

２　就業奨励金および継続奨励金の交付対象者は、当該奨励金の全額を当該奨励金の交付要件となっている介護サービス従事者（以下「対象従事者」という。）に支給するものとする。

（交付申請)

第４条　奨励金の交付を受けようとする介護事業所（以下「申請者」という。）は、鯖江市介護人材確保・充実奨励金交付申請書兼請求書（就業奨励金・継続奨励金）(様式第１号)または鯖江市介護人材確保・充実奨励金交付申請書兼請求書（資格取得奨励金・言語聴覚士配置奨励金・歯科衛生士配置奨励金）（様式第２号）に、別表第２に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

２　前項の規定は、電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法により行うことができる。

（交付決定）

第５条　市長は、前条の申請を受けたときは、その内容を審査し、鯖江市介護人材確保・充実奨励金交付決定通知書(様式第３号)により申請者に通知する。

（完了実績報告）

第６条　申請者は、就業奨励金および継続奨励金を受領後１月以内に、鯖江市介護人材確保・充実奨励金完了実績報告書（様式第４号）に給与明細または奨励金相当額を対象従事者に支給したことが分かるものを添えて提出するものとする。

（奨励金の返還）

第７条　奨励金の交付決定を受けた者が次の各号のいずれかに該当するときは、市長は、交付決定を取り消すものとする。この場合において、既に交付された奨励金があるときは、全額返還を命ずることができる。

(１)　提出書類に記載のあった介護事業所での勤務の実態が確認できないとき。

(２)　偽りその他不正の手段により奨励金の交付を受けたとき。

(３)　その他市長が必要と認めたとき。

(その他)

第８条　この要綱に定めるもののほか、奨励金の交付に関し必要な事項は、市長が定める。

附　則

（施行期日）

１　この要綱は、令和３年４月１日から施行する。

（この要綱の失効）

２　この要綱は、令和９年３月３１日限り、その効力を失う。ただし、同日までに行われた第４条に規定する交付申請に係る事案については、同日後もなおその効力を有する。

３　この要綱の失効前にした行為に対する第７条に規定する返還命令の適用については、前項の規定にかかわらず、同項に規定する日後も、なお効力を有する。

附　則

　この要綱は、令和３年７月１日から施行する。

　　　附　則

　この要綱は、令和４年４月１日から施行する。

附　則

　この要綱は、令和５年１月１日から施行する。

　　　附　則

この要綱は、令和６年４月１日から施行する。

　　　附　則

この要綱は、令和７年３月１日から施行する。

別表第１（第３条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 種　別 | 交付対象者および交付要件 | 金額 |
| 就業奨励金 | 下記の要件をすべて満たす対象従事者を雇用する介護事業所   1. 令和６年４月１日から令和９年３月３１日までの期間に介護事業所と雇用契約を締結したこと 2. 大学（大学院および短期大学を含む。）、専修学校、高等学校を卒業して５年以内であること   (３)対象従事者が過去にこの要綱による就業奨励金の交付を受けていないこと  (４)正規職員であること | １人当たり  ５万円 |
| 継続奨励金 | 就業奨励金の交付を受けた対象従事者を雇用開始日から１年間雇用継続した介護事業所 | １人当たり  ５万円 |
| 資格取得奨励金 | 介護サービス従事者に介護職員初任者研修、介護職員実務者研修を新規で修了させた介護事業所 | １人当たり２万円 |
| 介護サービス従事者に介護福祉士、認定介護福祉士、介護支援専門員、主任介護支援専門員の資格を新規で取得させた介護事業所 | １人当たり５万円 |
| 言語聴覚士配置奨励金 | 言語聴覚士を新規で常勤換算０．５以上配置した訪問リハビリテーション事業所および通所リハビリテーション事業所 | ５０万円に常勤換算数を乗じて得た額（ただし、５０万円を上限とする） |
| 歯科衛生士配置奨励金 | 歯科衛生士を新規で常勤換算０．５以上配置した訪問リハビリテーション事業および通所リハビリテーション事業所 | １０万円に常勤換算数を乗じて得た額（ただし、１０万円を上限とする） |

別表第２（第４条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 種　別 | 交付申請に添付する書類 |
| 就業奨励金 | ・雇用開始日の確認できるもの（雇用契約書の写し、就業証明書等）  ・卒業から５年以内であることが分かるもの（卒業証書の写し等） |
| 継続奨励金 | ・雇用開始日の確認できるもの（雇用契約書の写し、就業証明書等） |
| 資格取得奨励金 | ・研修を修了したことが分かるもの（研修修了証の写し等）  ・資格を取得したことが分かるもの（資格証および認定証の写し等）  ※介護支援専門員については研修修了証の写しでも可とする  ※主任介護支援専門員については研修修了証の写しで確認するものとする |
| 言語聴覚士配置奨励金 | ・雇用開始日の確認できるもの（雇用契約書の写し、就業証明書等）  ・資格を取得したことが分かるもの（資格証の写し等）  ・勤務形態一覧表 |
| 歯科衛生士配置奨励金 | ・雇用開始日の確認できるもの（雇用契約書の写し、就業証明書等）  ・資格を取得したことが分かるもの（資格証の写し等）  ・勤務形態一覧表 |

様式第１号（第４条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

鯖江市長　殿

申請者 所在地　〒

(請求者) 名　称

代表者　職・氏名

電話番号

# 鯖江市介護人材確保・充実奨励金交付申請書兼請求書

（就業奨励金・継続奨励金）

鯖江市介護人材確保・充実奨励金交付事業実施要綱の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 奨励金の種別 | □　就業奨励金　　　□　継続奨励金 | | | | | | | | |
| 対象従事者氏名 |  | | | 職　種 | | |  | | |
| 卒業年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | |
| 卒業した学校名 |  | | | | | | | | |
| 勤務する事業所  の名称 |  | | | | | | | | |
| 勤務する事業所  の所在地 |  | | | | | | | | |
| 勤務年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | |
| 交付申請額 | 円 | | | | | | | | |
| 振込口座についてはどちらかに☑して、口座内容を下記欄に御記入ください。  □市の債権者登録の口座に振り込みを希望します。(コピー不要)  □市の債権者登録はしていないので通帳のコピーを添付します。 | | | | | | | | | |
| 金融機関名 | 銀行  信用金庫　　　　　　　　　　　　　支店  農業協同組合 | | | | | | | | |
| 口座の種類 | 当座　　・　　普通 | | | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  | |  |  | |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義名  (※申請者と同一) |  | | | | | | | | |

様式第２号（第４条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

鯖江市長　殿

申請者 所在地　〒

(請求者) 名　称

代表者　職・氏名

電話番号

鯖江市介護人材確保・充実奨励金交付申請書兼請求書

（資格取得奨励金・言語聴覚士配置奨励金・歯科衛生士配置奨励金）

鯖江市介護人材確保・充実奨励金交付事業実施要綱の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 奨励金の種別 | □　資格取得奨励金　□　言語聴覚士配置奨励金  □　歯科衛生士配置奨励金 | | | | | | | | |
| 対象従事者氏名 |  | | | 職　種 | | |  | | |
| 勤務する事業所  の名称 |  | | | | | | | | |
| 勤務する事業所  の所在地 |  | | | | | | | | |
| 勤務年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | |
| 資格取得(修了) |  | | | | | | | | |
| 資格取得(修了)年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | |
| 交付申請額 | 円 | | | | | | | | |
| 振込口座についてはどちらかに☑して、口座内容を下記欄に御記入ください。  □市の債権者登録の口座に振り込みを希望します。(コピー不要)  □市の債権者登録はしていないので通帳のコピーを添付します。 | | | | | | | | | |
| 金融機関名 | 銀行  信用金庫　　　　　　　　　　　　　支店  農業協同組合 | | | | | | | | |
| 口座の種類 | 当座　　・　　普通 | | | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  | |  |  | |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義名  (※申請者と同一) |  | | | | | | | | |

様式第３号(第５条関係)

　　　　　号

年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　殿

鯖江市長

鯖江市介護人材確保・充実奨励金交付決定通知書

　　年　月　日付けで申請のあった、鯖江市介護人材確保・充実奨励金の交付について、鯖江市介護人材確保・充実奨励金交付事業実施要綱第５条の規定により下記のとおり決定したので、通知します。

記

　１　交付する

　　　　交付する金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　２　却下する

　　　　(理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

１　この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して

３月以内に、鯖江市長に対して審査請求をすることができます(なお、この決定があったこ

とを知った日の翌日から起算して３月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して

１年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)。

２　この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して６月以内

に、鯖江市を被告として(訴訟において鯖江市を代表する者は鯖江市長となります。)、処

分の取消しの訴えを提起することができます(なお、この決定があったことを知った日の翌

日から起算して６月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して１年を経過すると

処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、上記１の審査請求を

した場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して６

月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第４号（第６条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

鯖江市長　殿

申請者 所在地　〒

(請求者) 名　称

代表者　職・氏名

電話番号

鯖江市介護人材確保・充実奨励金完了実績報告書

　年　月　日付けで決定を受け、既に交付のあった鯖江市介護人材確保・充実奨励金を対象従事者に支給したことを報告します。

記

１　奨励金の種別

２　対象従事者

３　支給の金額