

申請チェックリスト

法人名：

担当者氏名：

連絡先：

採用者氏名：

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ● 申請書類に関すること（以下全ての提出が必要） | |
| <input type="checkbox"/> 交付申請書（様式第1号） <input type="checkbox"/> 介護サービス事業者と人材紹介業者又は監理団体等と交わした契約書等の写し <input type="checkbox"/> 補助対象経費を確認できる書類の写し（領収書または見積書等） <input type="checkbox"/> 雇用契約書等の写し <input type="checkbox"/> 就労証明書（様式第2号） <input type="checkbox"/> 宇部市税の滞納のないことの証明書（発行日が申請日から3か月以内までのもの） <input type="checkbox"/> 他の公的機関から助成金等を受けた場合、それを証するものの写し | |
| ● 申請者（法人）に関すること | |
| <input type="checkbox"/> 一会計年度、3人以内の申請である（_____人目） <input type="checkbox"/> 宇部市税を滞納していない <input type="checkbox"/> 指定の効力停止を受けていない <input type="checkbox"/> 暴力団員ではない | |
| ● 就労先事業所・採用者に関すること | |
| <input type="checkbox"/> 就労先は市内の介護サービス事業所等である（事業所名：_____） <input type="checkbox"/> 令和7年12月23日以降に採用している（採用日：R 年 月 日） | |
| <input type="checkbox"/> 以下のいずれかの事業所である <p style="margin-left: 20px;">ア 介護保険法に規定する居宅介護サービス事業所、地域密着型サービス事業所、居宅介護支援事業所、介護保険施設、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、介護予防支援事業所及び介護予防・日常生活支援総合事業による指定介護事業所</p> <p style="margin-left: 20px;">イ 老人福祉法に規定する軽費老人ホーム、有料老人ホーム、生活支援ハウス、養護老人ホーム</p> <p style="margin-left: 20px;">ウ 高齢者の居住の安定確保に関する法律に規定するサービス付き高齢者向け住宅</p> <p style="margin-left: 20px;">エ 公営住宅法等の規定に基づくシルバーハウジング</p> | |
| <input type="checkbox"/> 以下のいずれかの職種である <p style="margin-left: 20px;">介護福祉士、社会福祉士、（准）看護師、保健師、（管理）栄養士、機能訓練指導員（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等）介護支援専門員、生活相談員、生活援助従事者、生活援助員、福祉用具専門相談員</p> <p style="margin-left: 20px;">※事務職、管理者、医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士は対象外 管理者と上記職種兼務の場合は可</p> | |
| <input type="checkbox"/> 外国人介護人材の場合、在留資格「介護」ではない | |
| ● 紹介業者等に関すること | |
| <input type="checkbox"/> 厚生労働省から有料職業紹介事業の許可を得た事業者である（HPで確認） https://jinzai.hellowork.mhlw.go.jp/JinzaiWeb/GICB102030.do | |
| <input type="checkbox"/> 外国人介護人材の場合、外国人技能実習機構から監理事業の許可を得た監理団体である（一覧で確認） https://www.otit.go.jp/implmenter/basic/search_supervisor/ | |
| ● 補助対象経費に関すること | |
| <input type="checkbox"/> 補助金交付申請額は、雇用者1人につき100万円以内で、千円未満切り捨ての金額である <input type="checkbox"/> 国、他の地方公共団体、公益団体等からの補助又は助成を受けた経費は含まれていない <input type="checkbox"/> 消費税及び地方税は含まれていない <input type="checkbox"/> 監理団体への入会金、年会費、雇用後の経費は含まれていない | |

★契約書記載 退職した場合の返金期間：雇用後 か月まで★