

## 西宮市介護予防・生活支援員雇用促進給付金支給要綱

### （趣旨）

第1条 この要綱は、西宮市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第4条第1項第1号ア（イ）に定める家事援助限定型訪問サービスにおいて、西宮市介護予防・生活支援員養成研修実施要綱に規定する養成研修修了者又は兵庫県介護予防・生活支援員認定要領に規定する兵庫県介護予防・生活支援員と認定された者又はみなされた者（以下、「一定の研修修了者」という。）の雇用促進を図るため、一定の研修修了者を雇用して、本市指定家事援助限定型訪問サービス（以下、「サービス」という。）に従事させた本市指定家事援助限定型訪問サービス事業者（以下、「事業者」という。）に対して、予算の範囲内で支給する西宮市介護予防・生活支援員雇用促進給付金（以下、「給付金」という。）に関して必要な事項を定めるものとする。

### （給付金支給対象事業者）

第2条 給付金の支給対象となる事業者は、一定の研修修了者（ただし、雇用した日において介護福祉士又は介護保険法施行令（平成10年政令第412号。）第3条第1項第1号に掲げる者は除く。以下、「対象者」という。）を令和6年4月1日以降に新たに雇用し、雇用した日の翌日から起算して9箇月以内にサービスに30回（事業者による研修等は除き、利用者へのサービスに従事した回数に限る。）以上従事させた者とする。

### （給付金の額等）

第3条 給付金の額は、対象者1名につき5万円とする。

2 給付金の支給は、対象者1名につき1事業者1回限りとする。

### （支給申請及び請求）

第4条 給付金の支給申請及び請求は、次項の規定により行うものとする。

2 給付金の支給を受けようとする者（以下、「申請者」という。）は、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（様式第1号）に次の各号に定める関係書類を添えて、対象者が30回目のサービスに従事した日の翌日から起算して6箇月以内に市長に提出しなければならない。

- （1）対象者が一定の研修修了者であることを証する書類の写し
- （2）申請者が対象者を雇用した日を証する書類の写し
- （3）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9箇月以内にサービスに30回以上従事したことを証する書類（様式第2号）
- （4）その他市長が必要と認める書類

### （支給決定）

第5条 市長は、前条に規定する申請書兼請求書が提出された場合は、これを審査し、適当と認めたときは、西宮市介護予防・生活支援員雇用促進給付金支給決定通知書（様式第3号）により、申請者に通知し、給付金を支給するものとする。

2 前項の場合において、給付金の支給が不適当と認めたときは、西宮市介護予防・生活支援員雇用促進給付金不支給決定通知書（様式第4号）により、申請者に通知するものとする。

（支給決定の取消し及び給付金の返還）

第6条 市長は、前条の規定による支給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、当該支給決定を取り消すとともに、既に給付金が支給されているときは、期限を定めて、返還を命じることができる。

- （1） 偽りその他不正な手段により支給を受けたとき。
- （2） その他市長が相当の理由があると認めるとき。

（その他）

第7条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、別に定める。

附 則

（施行期日）

この要綱は、令和6年5月20日から実施する。

附 則

（施行期日）

この要綱は、令和7年4月1日から実施する。

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）<br>の 氏 名           |                                                                                                                                                                                                                       |
| 上 記 対 象 者 を<br>雇 用 し た 日           | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                 |
| 本市指定家事援助限定型訪問サ<br>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<br><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<br><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9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<br>込<br>先<br>口<br>座 | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>農協 | 本店<br>支店<br>支所<br>出張所 | 預金<br>種別 | 普通 ・ 当座 ・ その他( ) |  |  |  |  |  |  |
|                       |                          |                       | 口座番号     |                  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 金融機関コード                  |                       | 店舗コード    |                  |  |  |  |  |  |  |
|                       |                          |                       |          |                  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 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<br>→ 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<br>→ 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    |        |                 |

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）\_\_\_\_\_

様式第3号（第5条関係）

第 号

年 月 日

様

西宮市長 印

西宮市介護予防・生活支援員雇用促進給付金支給決定通知書

年 月 日付けで申請のあった西宮市介護予防・生活支援員雇用促進給付金の支給について、次のとおり決定します。

記

対象事業所名  
対象者（介護予防・生活支援員）名  
支給額

以上

様式第 4 号（第 5 条関係）

第 号

年 月 日

様

西宮市長 印

西宮市介護予防・生活支援員雇用促進給付金不支給決定通知書

年 月 日付けで申請のあった西宮市介護予防・生活支援員雇用促進給付金の支給について、下記の理由により、不支給と決定したので通知します。

記

対象事業所名  
対象者（介護予防・生活支援員）名  
理由

以上