

## 阿賀町介護職員就職支援助成金交付要綱

令和5年3月30日

告示第 28 号

(趣旨)

第1条 この要綱は、介護人材の確保を図り、介護サービスの安定的な提供を支援するため、阿賀町内で指定介護サービス事業所を開設する事業者（以下「事業者」という。）及び町内の指定介護サービス事業所に就職する正規職員に対し、阿賀町介護職員就職支援助成金（以下「助成金」という。）を交付することに関し、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において、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) 就職 事業者と雇用契約を締結し就業すること。
- (2) 外国人 特定技能制度又は外国人技能実習制度による在留資格を有し、事業者と雇用契約を締結し就業する外国人
- (3) 受入調整機関 外国人と事業者の受入調整等を行う登録支援機関又は管理団体（人材紹介会社を除く。）
- (4) 正規職員 事業者に雇用される介護職員又は看護職員であって、雇用期間に定めのない労働契約を締結し、1週間の所定労働時間が40時間である者。

(交付対象者)

第3条 助成金の交付を受けることができる事業者及び正規職員は、それぞれ次に掲げるとおりとする。

- (1) 次に掲げる要件をすべて満たす事業者
  - ア 受入調整機関を介して、新たに外国人（町内に開設する指定介護サービス事業所において2年以上就業する意思がある者に限る。）を雇用した者であること。
  - イ 阿賀町の町税の未納がない者であること。
  - ウ 阿賀町暴力団排除条例第2条に定める暴力団、暴力団員又はこれらの者と社会的に非難されるべき関係を有する者でないこと。
- (2) 次に掲げる要件をすべて満たす正規職員
  - ア 臨時及びパートタイムを含め、これまで町内の指定介護サービス事業所で就業したことがない者であること。
  - イ 町内に開設される指定介護サービス事業所において1年以上就業する意思があること
  - ウ 阿賀町の町税の未納がない者であること。
  - エ 阿賀町暴力団排除条例第2条に定める暴力団、暴力団員又はこれらの者と社会的に非難されるべき関係を有する者でないこと。

(助成金の額)

第4条 助成金の額は、別表第1に定める助成額を交付決定する年度の予算の範囲内で交付し、1人につき1回限りとする。

(交付請求申請兼実績報告)

第5条 助成金の交付を受けようとする事業者は、外国人と雇用開始日の翌日から起算して1月を経過する日又は3月31日のいずれか早い日までに、阿賀町介護職員就職支援助成金請求申請書兼実績報告書(様式第1号)に次の各号に掲げる書類を添付し、町長に提出しなければならない。

- (1) 受入調整機関と締結した契約書の写し
- (2) 契約書の締結から1年の間に受入調整機関に支払う金額が確認できる書類の写し
- (3) 外国人の在留カードの写し
- (4) 外国人の住民票の写し
- (5) 外国人と締結した雇用契約書の写し
- (6) 外国人の雇用状況が確認できる書類
- (7) 町税の納税証明書
- (8) その他町長が必要と認めるもの

2 助成金の交付を受けようとする正規職員は、雇用開始日の翌日から起算して1月を経過する日又は3月31日のいずれか早い日までに、阿賀町介護職員就職支援助成金請求申請書兼実績報告書(様式第2号)に次の各号に掲げる書類を添付し、町長に提出しなければならない。

- (1) 就職証明書(別紙1)
- (2) 誓約書(別紙2)
- (3) その他町長が必要と認めるもの

(助成金の交付決定等)

第6条 町長は、前条の申請があったときは、内容を審査し、交付することを適当と認めるときは、助成金の額を決定し、申請者に通知するものとする。また、交付することが適当と認められないときは、その旨申請者に通知するものとする。

(雇用状況の報告等)

第7条 交付決定を受けた事業者は、助成金の対象となった外国人について、雇用開始日より2年を経過する日から1月後の日の前日までに、雇用状況を阿賀町介護職員就職支援助成金雇用状況報告書(様式第4号)により、町長に報告しなければならない。なお、雇用開始日から2年を経過する日までに当該外国人との雇用契約を終了させ又は解消した場合は、速やかに町長に報告しなければならない。

2 交付決定を受けた正規職員は、就業開始日より1年を経過する日から1月後の日の前日までに、雇用状況を阿賀町介護職員就職支援助成金雇用状況報告書(様式第4号)により、町長に報告しなければな

らない。なお、就業開始日から1年を経過する日までに就業を終了し、又は離職した場合は、速やかに町長に報告しなければならない。

(助成金の返還等)

第8条 町長は、次の各号に該当するときは、助成金の交付決定を取り消すとともに、交付した助成金全額の返還を請求することができる。

- (1) 虚偽の申請又は不正の手段により助成金の交付を受けたとき。
- (2) 交付決定を受けた事業者が、雇用開始日から1年を経過する日の前日までに助成金の対象となった外国人との雇用契約を終了させ、又は解消したとき。
- (3) 交付決定を受けた正規職員が、就業開始日から6月を経過する日の前日までに町内の指定介護サービス事業所の就業を終了し、又は離職したとき。

2 町長は、次の各号に該当するときは、交付決定した助成金の額を2分の1に減額するとともに、交付した助成金との差額の返還を請求することができる。

- (1) 交付決定を受けた事業者が、雇用開始日から1年を経過する日以降2年を経過する日の前日までに助成金の対象となった外国人との雇用契約を終了させ、又は解消したとき。
- (2) 交付決定を受けた正規職員が、就業開始日から6月を経過する日以降1年を経過する日の前日までに町内の指定介護サービス事業所の就業を終了し、又は離職したとき。

3 前2項の請求を受けた者は、請求を受けた額を町に返還しなければならない。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、この助成金に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この告示は、令和5年4月1日から施行する。

別表第1

交付対象者	助成額	備考
第3条第1号に該当し、特定技能制度による外国人を雇用した事業者	受入調整機関に支払う、契約した日から1年間の総費用×1/2	上限200,000円 1,000円未満切捨て
第3条第1号に該当し、技能実習制度による外国人を雇用した事業者	受入調整機関に支払う、契約した日から1年間の総費用×1/2	上限500,000円 1,000円未満切捨て
第3条第2号に該当する正規職員	200,000円	転入者で、親族が所有する住居に居住しない場合は、100,000円追加助成

阿賀町長 様

申請者 所在地 〒

事業者名  
代表者  
電話番号



阿賀町介護職員就職支援助成金請求申請書兼実績報告書

阿賀町介護職員就職支援助成金交付要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

- 1 助成金請求申請額兼実績額 \_\_\_\_\_ 円
- 2 内 訳 別紙1のとおり (※支出額内訳書を添付のこと)
- 3 新たに雇用する外国人

	フリガナ 氏 名	国籍 (国名)	生年月日	性 別	就業先介護サービス 事業所	雇用開始日
1						
2						
3						

注 記入欄が不足する場合は、行数を適宜追加して記載すること。

4 助成金振込先口座

金融機関名			銀行・金庫				本店・支店	
			組合・農協				支所・出張所	
種 別	当座・普通	口座番号						
フリガナ								
口座名義人								

5 添付書類

- (1) 受入調整機関と締結した契約書の写し
- (2) 契約書の締結日から1年の間に受入調整機関に支払う金額が確認できる書類の写し
- (3) 外国人の在留カードの写し
- (4) 外国人の住民票の写し
- (5) 外国人と締結した雇用契約書の写し
- (6) 外国人の雇用状況が確認できる書類
- (7) 町税の納税証明書



(様式第1号の別紙2)

阿賀町介護職員就職支援助成金に係る誓約書兼同意書

1 誓約事項

- 新たに外国人を雇用した日から2年間は、当該外国人を継続して雇用する。
- 新たに外国人を雇用した日から2年間は、当該外国人が退職した場合、または助成金の要件を満たす資格を喪失した場合には、すみやかに町長にその旨を報告する。
- 上記の場合、阿賀町介護職員就職支援助成金交付要綱の規定に基づき、助成金の全部または一部を返還する。
- 事業所の社員に暴力団等の反社会的勢力の構成員または反社会的勢力と関係を有するものがない。

2 同意事項

- 法人情報について、助成金の交付申請に係る審査のために住民基本台帳の閲覧その他の方法により確認すること。
- 事業所の社員が暴力団員でないことを新潟県警察へ照会すること。
- 町長が報告・調査等が必要と認めるときは、これに協力すること。

阿賀町介護職員就職支援助成金の交付申請にあたり、以上について誓約及び同意します。

年 月 日

阿賀町長 様

所在地

事業者名

代表者

印

阿賀町長 様

申請者 住 所 〒

氏 名

印

電話番号

阿賀町介護職員就職支援助成金請求申請書兼実績報告書

阿賀町介護職員就職支援助成金交付要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

助成金請求申請額 兼実績額		円					
勤務先	事業所名						
	所在地						
雇用開始日							
職 種		<input type="checkbox"/> 介護職員		<input type="checkbox"/> 看護職員			
資格(有資格者の場合記入)							

助成金振込先口座

金融機関名			銀行・金庫					本店・支店	
			組合・農協					支所・出張所	
種 別	当座・普通	口座番号							
フリガナ									
口座名義人									

(様式第2号の別紙1)

## 就職証明書

(阿賀町介護職員就職支援助成金)

(フリガナ) 氏 名	
生 年 月 日	
現 住 所	〒
勤 務 先	(事業所名)
	(所在地)
業 務 内 容	
雇 用 開 始 日	年 月 日
勤 務 時 間	週 ( ) 時間勤務
<p>上記の事項について、事実と相違ないことを証明し、阿賀町介護職員就職支援助成金交付要綱第2条第1項第4号に該当する正規職員であることを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>雇用主(事業者) 所在地 〒</p> <p>事業者名 代 表 者 (印) 電話番号 (担当者氏名 )</p>	

(様式第2号の別紙2)

年 月 日

阿賀町長 様

申請者 住 所 〒

氏 名 ⑩

電話番号

### 阿賀町介護職員就職支援助成金に係る誓約書兼同意書

私は、阿賀町介護職員就職支援助成金の交付申請にあたり、以下について誓約及び同意します。

#### 記

##### 【誓約事項】

- 1 以前に町内の介護サービス事業所に就業したことはありません。
- 2 労働契約を締結した事業者の町内に開設する介護サービス事業所において、1年以上就業する意思があります。
- 3 就業期間が1年間に満たなかった場合、阿賀町介護職員就職支援助成金交付要綱の規定に基づき、助成金の全部または一部を返還します。
- 4 暴力団又は暴力団員(阿賀町暴力団排除条例第2条に規定する暴力団又は暴力団をいう。)等反社会的勢力又は反社会的勢力と関係を有する者ではありません。
- 5 阿賀町介護職員就職支援助成金の申請に関し、偽りその他不正の行為はありません。
- 6 偽りその他不正の行為により、支援金の交付決定を取り消され、支援金の全部又は一部の返還を町から求められた場合、支援金を返還します。

##### 【同意事項】

- 1 助成金の交付申請に係る審査のために住民基本台帳の閲覧その他の方法により、交付要件を確認すること。
- 2 暴力団員等でないことを新潟県警察へ照会すること。
- 3 町長が報告・調査等が必要と認めるときは、これに協力すること。

様式第3号（第6条関係）

第 号  
年 月 日

様

阿賀町長

阿賀町介護職員就職支援助成金交付（不交付）決定兼確定通知書

年 月 日付で申請及び実績報告のあった阿賀町介護職員就職支援助成金について、阿賀町介護職員就職支援助成金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり（交付すること・交付しないこと）に決定し、助成金の額を確定したので通知します。

記

1 交付決定額兼確定額 \_\_\_\_\_ 円

2 振込予定日 \_\_\_\_\_ 円

## 阿賀町介護職員就職支援助成金雇用状況報告書

該当する□にチェックをすること

外国人を雇用した事業者

フリガナ 氏 名	( 年 月 日生)
国籍（国名）	
現 住 所	
所属する 介護サービス事業所	
雇用開始日	年 月 日

正規職員

フリガナ 氏 名	( 年 月 日生)
職 種	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 看護職員
現 住 所	
所属する 介護サービス事業所	
雇用開始日	年 月 日

上記の者は、証明日において当事業所に在籍していることを証明します。

年 月 日

阿賀町長 様

申請者 所在地 〒

事業者名  
代表者  
電話番号

⑩

第 号  
年 月 日

様

阿賀町長

㊟

### 阿賀町介護職員就職支援助成金返還請求書

年 月 日付け 第 号で交付決定した阿賀町介護職員就職支援助成金について、下記のとおり取り消し又は減額することに決定したので、阿賀町介護職員就職支援助成金交付要綱第8条の規定により通知します。

#### 記

1 取消・減額理由

2 取消・減額金額 \_\_\_\_\_ 円

3 返還請求額 \_\_\_\_\_ 円

4 返還期限 \_\_\_\_\_ 年 月 日