

○阿賀町介護職員就職支援助成金交付要綱

令和7年4月1日

告示第28号

阿賀町介護職員就職支援助成金交付要綱（令和5年阿賀町告示第28号）の全部を改正する。

（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。）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 出入国管理及び難民認定法（昭和26年政令第319号）に基づく特定技能制度（以下「特定技能制度」という。）並びに外国人の技能実習の適正な実施及び技能実習生の保護に関する法律（平成28年法律第89号。）に基づく外国人技能実習制度（以下「技能実習制度」という。）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) 人材紹介会社 厚生労働大臣の許可を受けた有料職業紹介事業者
- (4) 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（前号を除く。）
- (5) 正規職員 次のいずれにも該当する職員
  - ア 事業者に雇用される介護職員又は居宅介護支援専門員であって、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
  - イ 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
  - ウ 阿賀町の町税に滞納がない者
  - エ 阿賀町暴力団排除条例（平成23年阿賀町条例第12号。以下「暴力団排除条例」という。）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。

（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は、次の各号に掲げる要件を全て満たした事業者とする。

- (1) 受入調整機関を介して新たに外国人を6箇月以上雇用した者若しくは1年以上雇用した者又は新たに正規職員を6箇月以上雇用した者であること。
- (2) 町税に滞納がないこと。
- (3) 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、外国人については1人につき2回、正規職員については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 外国人を雇用し助成金の交付を受けようとする事業者は、雇用開始日から起算して6箇月を経過した日から1箇月を経過する日及び雇用開始日から1年を経過した日から1箇月を経過する日までに、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) 受入調整機関との契約締結日から当該外国人の雇用に至るまでの受入調整機関に支払った初期費用明細が確認できる書類の写し
- (3) 雇用開始日から6箇月の間(又は雇用開始後6箇月を経過した日から1年の間)に受入調整機関に支払った費用明細が確認できる書類の写し
- (4) 事業者が負担した雇用開始日から6箇月の間(又は雇用開始後6箇月を経過した日から1年の間)の住宅借上げ料が確認できる書類の写し
- (5) 外国人の在留カードの写し
- (6) 外国人の住民票の写し
- (7) 外国人と締結した雇用契約書の写し
- (8) 外国人の雇用状況が確認できる書類
- (9) 町税の納税証明書
- (10) その他町長が必要と認めるもの

2 人材紹介会社を介して、正規職員を雇用し助成金の交付を受けようとする事業者は、雇用開始日から起算して6箇月を経過した日から1箇月を経過する日までに、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) 人材紹介会社と締結した契約書の写し
- (2) 雇用開始日から6箇月の間に人材紹介会社に支払った費用明細が確認できる書類の写し
- (3) 雇用証明書（正規職員と確認できるもので、雇用開始日が記載されているもの）
- (4) その他町長が必要と認めるもの

3 人材紹介会社を介さず、正規職員を雇用し助成金の交付を受けようとする事業者は、雇用開始日から起算して6箇月を経過した日から1箇月を経過する日までに、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3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) 事業者が正規職員に支払った支度金を確認できる書類
- (2) 雇用証明書（正規職員と確認できるもので、雇用開始日が記載されているもの）
- (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、交付することが適当と認めるときは、助成金の額を決定し、申請者に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（様式第4号）により通知するものとし、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。

（助成金の返還等）

第7条 町長は、事業者が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阿賀町介護職員就職支援助成金返還請求書（様式第5号）により請求することができる。

2 事業者は、外国人又は正規職員が離職したこと又はその他の理由により、交付した助成額に減額が生じる場合は、速やかに町長に報告しなければならない。

3 町長は、前項の報告を受けたときは、交付額を再算定の上、差額の返還を阿賀町介護職員就職支援助成金返還請求書（様式第5号）により請求することができる。

4 第1項及び前項の請求を受けた事業者は、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8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7年4月1日から施行する。

別表（第4条関係）

| 交付対象者                | 助成額                                                                                                            | 備考                                                                                               |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 特定技能制度による外国人を雇用した事業者 | ① 受入調整機関との契約締結日から当該外国人の雇用に至るまでの受入調整機関に支払った初期費用×1/2<br>② 雇用開始日から6箇月の間（又は雇用開始後6箇月を経過した日から1年の間）に受入調整機関に支払った費用×1/2 | 上限400,000円<br>（1,000円未満切捨て）<br>申請、交付は6箇月ごとの2回<br>1回目：左記①+②+③<br>2回目：左記②+③<br>それぞれ雇用継続している場合申請可   |
| 技能実習制度による外国人を雇用した事業者 | ③ 事業者が負担した雇用開始日から6箇月の間（又は雇用開始後6箇月を経過した日から1年の間）の住宅借上げ料                                                          | 上限1,000,000円<br>（1,000円未満切捨て）<br>申請、交付は6箇月ごとの2回<br>1回目：左記①+②+③<br>2回目：左記②+③<br>それぞれ雇用継続している場合申請可 |
| 正規職員を雇用した事業者         | 人材紹介会社を介した場合<br>人材紹介会社に支払った、雇用開始日から6箇月間の総費用×2/3                                                                | 上限500,000円<br>（1,000円未満切捨て）                                                                      |
|                      | 人材紹介会社を介さない場合<br>正規職員に支払った支度金×2/3                                                                              | 上限200,000円<br>（1,000円未満切捨て）                                                                      |

様式第1号（第5条関係）

阿賀町長

様

年 月 日

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条第1項の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

- 1 申請回数 下記該当箇所に✓を記入  
□1回目：受入調整機関との契約締結日から雇用開始後6箇月までの間に受入調整機関に支払った費用  
□2回目：雇用開始後6箇月を経過した日から1年までの間に受入調整機関に支払った費用
- 2 助成金請求申請額兼実績額 \_\_\_\_\_ 円
- 3 明 細 別紙1のとおり（※支出額明細書を添付のこと）
- 4 新たに雇用する外国人

|   | フリガナ<br>氏 名 | 国籍（国名） | 生年月日 | 性<br>別 | 就業先介護サービス<br>事業所 | 雇用開始<br>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。

5 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 |       |      |       |  |  |  |        |  |

- 6 添付書類
- (1) 受入調整機関と締結した契約書の写し  
(2) 受入調整機関との契約締結日から当該外国人の雇用に至るまでの受入調整機関に支払った初期費用明細が確認できる書類の写し  
(3) 雇用開始日から6箇月の間（又は雇用開始後6箇月を経過した日から1年の間）に受入調整機関に支払った費用明細が確認できる書類の写し  
(4) 事業者が負担した雇用開始日から6箇月の間（又は雇用開始後6箇月を経過した日から1年の間）の住宅借上げ料が確認できる書類の写し  
(5) 外国人の在留カードの写し  
(6) 外国人の住民票の写し  
(7) 外国人と締結した雇用契約書の写し  
(8) 外国人の雇用状況が確認できる書類  
(9) 町税の納税証明書

※2回目の申請に係る添付書類は、上記(3)(4)のみ提出

## 様式第1号別紙1

## 支出額明細書

- ・該当区分 ☐ 特定技能1号 ☐ 技能実習生 該当箇所に✓を記入
- ・雇用した外国人 氏名 \_\_\_\_\_
- ・就業先介護サービス事業所 \_\_\_\_\_
- ・受入調整機関との契約締結日 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日
- ・雇用契約期間 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日～ \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

## 申請回数

- ☐ 1回目 ☐ 2回目 該当箇所に✓を記入

## 【受入調整機関に支払った費用】

| 費用区分 | 明 細      | 支出額 |
|------|----------|-----|
|      |          | 円   |
|      | 合計       | 円   |
|      | 合計×1/2 ① | 円   |

## 【事業者が負担した住宅借上げ料】

| 費用区分 | 明 細  | 支出額 |
|------|------|-----|
|      |      | 円   |
|      | 合計 ② | 円   |

| 交付対象支出額<br>A (①+②) | 交付上限額<br>③ | 交付済額④ | 交付上限額と<br>交付済額の<br>差引額<br>B (③-④) | 助成金請求申請額兼実績額<br>(A, Bいずれか<br>少ない額)<br>(1,000円未満<br>切捨て) |
|--------------------|------------|-------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 円                  | 円          | 円     | 円                                 | 円                                                       |

## 備考

- ・「6添付書類 (2) (3) (4)」と整合すること
- ・助成金請求申請額兼実績額を第1号様式に転記すること
- ・特定技能制度による外国人雇用の交付上限額 400,000円/年
- ・技能実習制度による外国人雇用の交付上限額 1,000,000円/年

様式第1号別紙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

- ☐ 虚偽の申請又は不正の手段により助成金の交付決定を取り消され、助成金の返還を町から求められた場合、助成金を返還します。
- ☐ 外国人が離職したこと、又はその他の理由により、交付された助成額に変更が生じる場合は、速やかに町長に報告し、再算定された助成金との差額を返還します。
- ☐ 事業所の社員に暴力団等の反社会的勢力の構成員又は反社会的勢力と関係を有する者はいません。

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当たり、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

⑩

様式第2号（第5条関係）

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

印

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条第2項の規定に基づき、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<br>兼実績額 |      | 円                                                              |      |          |  |
| フリガナ             |      |                                                                |      |          |  |
| 正規職員：氏 名         |      |                                                                |      |          |  |
| 生 年 月 日          |      |                                                                |      |          |  |
| 現 住 所            |      | 〒                                                              |      |          |  |
| 勤<br>務<br>先      | 事業所名 |                                                                |      |          |  |
|                  | 所在地  |                                                                |      |          |  |
| 雇用開始日            |      | 年 月 日                                                          | 勤務時間 | 週( )時間勤務 |  |
| 職 種              |      | <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 |      |          |  |
| 資格(有資格者の場合記入)    |      |                                                                |      |          |  |
| 人材紹介<br>会社       | 事業者名 |                                                                |      |          |  |
|                  | 所在地  | 〒                                                              |      |          |  |

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 |       |      |       |  |  |  |        |  |

添付書類：(1) 人材紹介会社と締結した契約書の写し  
(2) 雇用開始日から6箇月の間に人材紹介会社に支払った費用明細が確認できる書類の写し  
(3) 雇用証明書（正規職員と確認できるもので、雇用開始日が記載されているもの）



## 様式第2号別紙1

## 支出額明細書

- ・ 雇用した正規職員 氏名 \_\_\_\_\_
- ・ 勤務先介護サービス事業所 \_\_\_\_\_
- ・ 雇用開始日から6箇月の期間 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日～ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

【雇用開始日から6箇月の間に人材紹介会社に支払った金額】

[illegible]

備考

- ・ 添付書類 (2) と整合すること
- ・ 合計  $\times 2/3$  (1,000 円未満切捨て) を様式第 2 号の助成金請求申請額兼実績額に転記すること
- ・ 上限額 500,000 円

年 月 日

阿賀町介護職員就職支援助成金に係る誓約書兼同意書

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

記

【誓約事項】

- 1 当該職員は、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 当該職員は、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。
- 3 偽りその他不正の行為により、助成金の交付決定を取り消され、助成金の返還を町から求められた場合、助成金を返還します。
- 4 正規職員が離職したこと、又はその他の理由により、交付された助成額に変更が生じる場合は、速やかに町長に報告し、再算定された助成金との差額を返還します。

阿賀町長 様

申請者 所在地 〒

事業者名  
代 表 者  
電話番号

㊞

【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。

正規職員 住 所  
氏 名  
電話番号

㊞

様式第3号（第5条関係）

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



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条第3項の規定に基づき、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<br>兼実績額 |       | 円                                                              |       |   |      |          |        |  |
| フリガナ             |       |                                                                |       |   |      |          |        |  |
| 正規職員：氏 名         |       |                                                                |       |   |      |          |        |  |
| 生 年 月 日          |       |                                                                |       |   |      |          |        |  |
| 現 住 所            |       | 〒                                                              |       |   |      |          |        |  |
| 勤<br>務<br>先      | 事業所名  |                                                                |       |   |      |          |        |  |
|                  | 所在地   |                                                                |       |   |      |          |        |  |
| 雇用開始日            |       | 年                                                              | 月     | 日 | 勤務時間 | 週( )時間勤務 |        |  |
| 職 種              |       | <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 |       |   |      |          |        |  |
| 資格(有資格者の場合記入)    |       |                                                                |       |   |      |          |        |  |
| 支度金支払日           |       | 年                                                              | 月     | 日 |      |          |        |  |
| 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            |       |                                                                |       |   |      |          |        |  |

- 添付書類：
- (1) 事業者が正規職員に支払った支度金が確認できる書類
  - (2) 雇用証明書（正規職員と確認できるもので、雇用開始日が記載されているもの）

様式第 3 号別紙 1

支出額明細書

- ・雇用した正規職員 氏名 \_\_\_\_\_
- ・介護サービス事業所 \_\_\_\_\_
- ・雇用開始日から 6 箇月の期間    年    月    日～    年    月    日

【正規職員に支払った支度金】

| 費用区分 | 明 細                  | 支出額 |
|------|----------------------|-----|
|      |                      | 円   |
|      | 合計                   |     |
|      | 合計×2/3(1,000 円未満切捨て) | 円   |

備考

- ・添付書類 (1) と整合すること
- ・合計×2/3(1,000 円未満切捨て)を様式第 2 号の助成金請求申請額兼実績額に転記すること
- ・上限額    200,000 円

年 月 日

阿賀町介護職員就職支援助成金に係る誓約書兼同意書

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

記

【誓約事項】

- 1 当該職員は、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 当該職員は、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。
- 3 偽りその他不正の行為により、助成金の交付決定を取り消され、助成金の返還を町から求められた場合、助成金を返還します。
- 4 正規職員が離職したこと、又はその他の理由により、交付された助成額に変更が生じる場合は、速やかに町長に報告し、再算定された助成金との差額を返還します。

阿賀町長 様

申請者 所在地 〒

事業者名

代 表 者

電話番号

㊞

【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。

正規職員 住 所

氏 名

電話番号

㊞

様式第4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. 交付する

交付要綱第5条第1項に係る助成金

交付決定額兼確定額 \_\_\_\_\_ 円

振込予定日 \_\_\_\_\_ 円

交付要綱第5条第2項に係る助成金

交付決定額兼確定額 \_\_\_\_\_ 円

振込予定日 \_\_\_\_\_ 円

交付要綱第5条第3項に係る助成金

交付決定額兼確定額 \_\_\_\_\_ 円

振込予定日 \_\_\_\_\_ 円

2. 交付しない

交付しない理由：

様式第5号（第7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 既交付決定額 \_\_\_\_\_ 円
- 2 取消・減額金額 \_\_\_\_\_ 円
- 3 返還請求額 \_\_\_\_\_ 円
- 4 返還期限 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

様式第 1 号 (第 5 条関係)

様式第 2 号 (第 5 条関係)

様式第 3 号 (第 5 条関係)

様式第 4 号 (第 6 条関係)

様式第 5 号 (第 7 条関係)