

社会福祉法人青森県社会福祉協議会

介護職員育児支援事業費補助事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、介護職員育児支援事業費補助事業を実施するために必要な事項を定める。

(内容)

第2条 青森県内の介護保険施設、介護保険サービス事業所・施設等（以下「事業所」という。）が、当該事業所に従事する子育て中の介護職員等（以下「現任介護職員」という。）が育児支援サービス等を利用する場合の費用負担を行う場合に、当該費用負担に対する補助を行うことで、現任介護職員が子育てをしながら働き続けることができる環境整備を支援し、介護人材の確保・定着を図る。

(補助対象)

第3条 補助対象は、次のいずれかに該当するものとする。

1 現任介護職員が、育児支援サービスを利用する際に、事業所がその費用の全部または一部を負担した場合

なお、育児支援サービスとは、ベビーシッター、ファミリーサポートセンター、保育ママ、病児・病後児保育、延長保育、夜間保育、休日保育等の子どもの預かりサービスとする。（幼稚園、保育園、認定こども園、学童保育等、平日日中に日常的に利用するサービスは除く。）

育児支援サービス利用1回あたりの補助金額は、事業所が負担した実支出額の半額と補助基準額3,000円とを比較していずれか低い額とする。

2 現任介護職員の子どもが、病気・怪我等で保育園（学校）に登園（登校）することが困難となり、事業所内の保育施設等において臨時的に看護師等の職員を配置した場合

看護職員等配置1回あたりの補助金額は、事業所が負担した実支出額の半額と補助基準額6,500円とを比較していずれか低い額とする。

(対象事業所)

第4条 補助対象となる事業所は、次のいずれにも該当するものとする。

(1) 青森県内に所在する、介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく指定介護サービス事業者・施設またはその他介護職員の配置が必要とされている社会福祉施設

(2) 青森県介護サービス事業所認証評価を取得した事業所

(申請及び請求)

第5条 補助を受けようとする事業所は、「介護職員育児支援事業費補助申請書」(様式1)(以下「申請書」という。)及び「介護職員育児支援事業費補助請求書」(様式2)(以下「請求書」という。)に必要事項を記載し、関係書類を添付して、社会福祉法人青森県社会福祉協議会会長(以下「県社協会長」という。)に提出するものとする。

(交付決定等)

第6条 県社協会長は、3月15日までに提出を受けた申請書及び請求書の記載内容等を審査し、適当と認めるときは、「介護職員育児支援事業費補助交付決定通知書」(様式3)により通知し、決定した補助金を事業所が指定する金融機関口座へ振込により交付するものとする。

(返還)

第7条 県社協会長は、申請、請求及び交付において、虚偽または不正が判明したときは、補助金の交付決定を取消し、申請そのものを無効とするとともに、補助金の全部または一部を返還させることができる。

(個人情報の保護)

第8条 この事業により知り得た個人情報は、個人の権利利益を侵害することのないよう、適正に取り扱わなければならない。

(その他)

第9条 この要綱に規定するもののほか、必要な事項は県社協会長が別に定めるものとする。

附 則

この要綱は、平成28年12月13日から施行し、平成28年10月27日から適用する。

(様式1)

平成 年 月 日

介護職員育児支援事業費補助申請書

介護職員育児支援事業費の補助を受けたいので、介護職員育児支援事業費補助事業実施要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

| | |
|---------------------|--|
| 法人等の名称 | |
| 事業所等の名称 | |
| 事業所代表者 | 役職： 氏名： 公印 |
| 事業所の住所 | 〒()-() |
| 電話番号等 | TEL：()- - FAX：()- - |
| この事業の担当者 | 役職： 氏名： |
| 認証評価年月日 | 平成 年 月 日 |
| 申請内容 (該当番号を○で囲む) | 1 育児支援サービスの利用に係る補助 2 臨時的な看護職員等の配置に係る補助 |
| 現任介護職員役職氏名 | 役職： 氏名： |

社会福祉法人青森県社会福祉協議会会長 様

注1) この申請書は、現任介護職員1名に対して1枚使用し、複数名の場合はコピーでの対応をお願いします。

《関係書類》

- ① 介護職員育児支援事業費補助請求書(様式2) 1部
- ② 申請事業所の育児支援費用負担を明示した規程等の写し 1部

【送付先】〒030-0822 青森市中央三丁目20番30号 県民福祉プラザ2階
社会福祉法人青森県社会福祉協議会 福祉人材課
TEL 017-777-0012 FAX. 017-777-0015

介護職員育児支援事業費補助請求書

社会福祉法人青森県社会福祉協議会会長 様

(請求者)

事業所住所 _____

事業所名称 _____

代表者役職・氏名 _____ (印)

介護職員育児支援事業費補助について、介護職員育児支援事業費補助事業実施要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり請求します。

記

| 請求金額 | 金 円 (①+②) | | | | |
|----------------|-----------|-------|------|---------|-------------------------|
| 【内訳】 | | | | | |
| 1 育児支援サービスの利用 | | | | | |
| 利用月日 | 利用内容 | 実支出額④ | ④の半額 | 補助基準額⑤ | 請求金額 ④⑤いずれか 低い方の額 |
| 月 日 | | 円 | 円 | 3,000 円 | 円 |
| 月 日 | | 円 | 円 | 3,000 円 | 円 |
| 月 日 | | 円 | 円 | 3,000 円 | 円 |
| 小計① | | | | | 円 |
| 2 臨時的な看護職員等の配置 | | | | | |
| 利用月日 | 利用内容 | 実支出額④ | ④の半額 | 補助基準額⑤ | 請求金額 ④⑤いずれか 低い方の額 |
| 月 日 | | 円 | 円 | 6,500 円 | 円 |
| 月 日 | | 円 | 円 | 6,500 円 | 円 |
| 月 日 | | 円 | 円 | 6,500 円 | 円 |
| 小計② | | | | | 円 |
| 合計 (①+②) | | | | | 円 |

【振込先】

| | |
|--------------|----------------------|
| 金融機関の名称等 | 銀行・信用金庫・() |
| | 本店・支店 (普通・当座) No. |
| ふりがな 口座名義 | |

<<関係書類>>

- ① 育児支援サービスの利用年月日や実支出額が確認できる資料 (写) を各利用回数ごとに1枚ずつ
- ② 臨時的な看護職員等の配置年月日や実支出額が確認できる資料 (写) を各利用回数ごとに1枚ずつ

(様式3)

平成 年 月 日

介護職員育児支援事業費補助交付決定通知書

(申請者)

事業所の名称 _____

代表者職氏名 _____様

社会福祉法人青森県社会福祉協議会

会 長 前 田 保

平成 年 月 日付けで申請をいただいた介護職員育児支援事業費補助につきましては、下記のとおり決定しましたので通知いたします。

記

- 1 交付決定額 _____ 円
- 2 交付年月日 平成 年 月 日 ()
- 3 交付方法 指定口座への振込