

## 神奈川県 介護職員復職等支援奨励金

### 事業概要

感染防止対策の徹底などにより業務が増加している介護・障害福祉施設の負担を軽減するため、対象期間に復職した介護職員等に対して奨励金を給付します。

詳細については、交付要領及びQ&Aをご確認ください。

[介護職員復職等支援奨励金交付要領 \(PDF : 173KB\)](#)

[Q&A \(PDF : 410KB\)](#)

### 対象者

対象期間内に県内の介護・障害福祉施設(※1)で新たに常勤(注)の福祉・介護職員又は看護職員として従事する者のうち、次のいずれかの条件を満たす者とします。

- (1) 福祉・介護職員として従事した経験（概ね3か月以上）を有する者
- (2) 一定の資格を有する者又は研修を修了した者(※2)

ただし、介護・障害者関係事業所からの転職者は除きます。

【注】 常勤とは、事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従事者が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）に達していることを言います。したがって、この定義に該当する方は、仮に事業所における雇用形態が非常勤であっても給付対象となります。

#### 対象となる介護・障害福祉施設【※1】

介護施設等	特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）、介護老人保健施設、介護医療院、 介護療養型医療施設、養護老人ホーム、軽費老人ホーム（ケアハウスを含む）、 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、グループホーム
障害福祉施設等	施設入所支援、グループホーム、障害児入所支援

#### 対象となる一定の資格を有する者又は研修を修了した者【※2】

資格	介護福祉士、看護師、准看護師
研修	実務者研修、初任者研修（ホームヘルパー2級）、介護職員基礎研修、ホームヘルパー1級 【障害系に従事する場合】 居宅介護職員初任者研修、障害者居宅介護従事者基礎研修、重度訪問介護従事者養成研修 （追加まで又は統合）、同行援護従事者養成研修（応用まで）

**給付金**：5万円（給付は1回限り）

**対象期間（業務開始日）**：令和4年7月21日から令和5年2月28日まで

**給付の要件**：業務に従事した日から3ヶ月以上継続して勤務する見込みであること。

※3ヶ月未満で離職した場合は、全額返金していただきます。

## 申請の流れ

N o	手続き	備考
1	申請書の提出	<a href="#">介護職員復職等支援奨励金給付申請書（第1号様式）（エクセル：50KB）</a> に、 (1) 必要事項を記載し、確認欄をチェックの上、 (2) 勤務先法人の確認印を受け、 (3) 県地域福祉課へ郵送してください。  <送付先> 〒231-8588（所在地記載不要） 神奈川県 地域福祉課 福祉介護人材グループ
2	給付の決定	県が給付申請書の内容を審査し、給付を決定した旨を通知します。
3	奨励金の支払	申請書の記載事項に不備等がなければ、申請は月ごとに取りまとめ（15日㍻）、翌月末までに支払いを行う予定です。

**申請受付期間**：令和5年3月15日まで（当日消印有効）※予算がなくなり次第締切

## 問い合わせ先

[福祉子どもみらい局 福祉部地域福祉課](#)

福祉介護人材グループ

電話：045-210-4755

ファクシミリ：045-210-8874

## ホームページを見る

神奈川県ホームページ>分類から探す>産業・働く>業種別情報>介護・福祉サービス業>各種補助金等について>介護職員復職等支援奨励金

<介護職員復職等支援奨励金のホームページのURL>

<https://www.pref.kanagawa.jp/docs/n7j/cnt/syoureikin/index.html>

## 介護職員復職等支援奨励金給付申請書

記載例

神奈川県知事 殿

このことについて、次のとおり申請します。

## 1. 申請者

(フリガナ) 氏 名	性別	生 年 月 日	現 住 所
カナガワ タロウ 神奈川 太郎	男 女	明治・大正・昭和・平成・令和 3 年 4 月 5 日	神奈川県横浜市中区日本大通●ー● 電話 ●●● (▲▲▲) ■■■■

## 2. 申請額

50,000円

## 3. 振込口座

【受取口座記入欄】

金 融 機 関 名	支 店 名	分類	口座番号 (右詰めでお書きください。)	口座名義(カナ) ※「1. 申請者」名義に限る。 ※通帳の表記に合わせてください。
▲▲ 1.銀行 5.農協 2.金庫 6.信託 3.信組 7.信連 4.信連 金融機関コード 1 2 3 4	本支店 本支所 出張所 支店コード 3 2 1	1普通 2当座	6 5 4 3 2 1	カナガワ タロウ

  

ゆうちょ銀行	通帳記号 (6桁目がある場合は ※欄にご記入下さい)	通帳番号 (右詰めでご記入下さい)	口座名義(カナ) ※通帳の表記に合わせて下さい
貯金通帳の見開き左上またはキャッシュカードに記載された記号・番号をご記入下さい。	1 ※		

## 4. 給付要件の確認 ※口をチェック(✓)するとともに、必要事項を記載してください。

- ☒ 対象期間内(R4.7.21～R5.2.28)に対象業種(介護・看護職員)の常勤職員として就労を開始しました。  
【就労開始日】令和●年●月●日(実際に業務への従事を開始した日を記載して下さい。雇用契約の開始日ではありません)
- ☒ 就労先事業所は、神奈川県内に所在しており、次の「対象施設」に該当しています。

&lt;対象施設&gt;

・介護系 特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、養護老人ホーム、  
軽費老人ホーム(ケアハウスを含む)、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、グループホーム  
・障害系 施設入所支援、グループホーム、障害児入所支援

- ☒ 次の「能力等要件」を満たしています。

&lt;能力等要件&gt; ※①又は②のいずれかに該当

- ☐ ① 対象業種として従事した経験(概ね3か月以上)がある。

- ☒ 【修了済みの研修又は資格に「○」を付けてください】

- ② 一定の研修を修了している、又は資格(介護福祉士・看護師・准看護師)を有している。

実務者研修、初任者研修、ホームヘルパー2級、介護職員基礎研修、ホームヘルパー1級  
【障害系に従事する場合】  
居宅介護職員初任者研修、障害者居宅介護従事者基礎研修、重度訪問介護従業者養成研修(追加まで又は統合)  
同行援護従業者養成研修(応用まで)

修了した研修や、有する資格に、  
「○」をしてください。

- ☒ 対象業種からの転職者ではありません。  
※「対象業種からの転職者」とは、前職が対象業種(介護・看護職員)であり、かつ、離職期間が3か月未満の方です。  
※紹介予定派遣により派遣先で直接雇用されることとなった方や、過去に本奨励金の給付を受けている方は「✓」

## 5. 誓約・同意事項の確認 ※口をチェック(✓)してください。

- ☒ 「令和3年度潜在看護職員復職支援奨励金」の給付対象者ではありません。
- ☒ 就労開始日から3か月以上継続して勤務する見込みであり、3か月未満で離職した場合は、「介護職員復職等支援奨励金返還申出書(第2号様式)」により奨励金の返還を申し出ます。
- ☒ 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第6号に規定する暴力団員に該当しません。また、当該事実の確認のため、本様式に記載された情報を神奈川県警察本部に照会することに同意します。

【申請者誓約欄】

申請内容に相違ないことを誓約します。

令和●年●月●日

氏 名 : 神奈川 太郎

連絡先 : ●●●-▲▲▲-■■■■

日中に、連絡可能な電話番号を記入してください。

【勤務先法人(団体)確認欄】

「4. 給付要件の確認」について、履歴書等書面により、相違ないことを確認しました。

令和○年○月○日

法人(団体)名 : 社会福祉法人○○○

代表者氏名 : 理事長 ○○ ○○ 印

勤務先事業所名 : ○○○

担当者名・連絡先 : ○○ ○

法人で確認したことが、わかる印を押印してください。  
(私印(認印)は不可)