

## 南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金交付要綱

南伊勢町福祉・介護サービス事業所等の職員新規雇用補助金交付要綱（令和4年南伊勢町告示第20号）の全部を改める。

（目的）

第1条 この告示は、南伊勢町内の介護事業所および障害事業所等（以下「介護事業所等」という。）の健全な運営を支援し、安定的なサービスの提供、安全確保、職員の処遇改善及び事業所の負担軽減を図ることを目的として、予算の範囲内において南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金（以下「本補助金」という。）を交付することに関し、南伊勢町補助金等交付規則（平成17年南伊勢町規則第57号。以下「交付規則」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

（補助対象者）

第2条 本補助金の交付の対象者は、南伊勢町内で次の各号のいずれかの事業を運営する者（以下「補助対象者」という。）とする。

- (1) 介護保険法（平成9年法律第123号）に規定する居宅サービス（居宅療養管理指導、福祉用具貸与および特定福祉用具販売を除く。）、地域密着型サービス、居宅介護支援、施設サービス、介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス及び介護予防支援を行う事業
- (2) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）に規定する障害福祉サービス、相談支援、地域相談支援、計画相談支援及び地域生活支援事業を行う事業
- (3) 児童福祉法（昭和22年法律第164号）に規定する障害児通所支援、障害児相談支援及び指定障害児入所施設の運営を行う事業

（補助対象事業及び補助金額）

第3条 本補助金の対象となる事業は、前条の事業を運営しており、その事業のサービス等の利用者のうち南伊勢町内に住所を有する者の割合が3分の1以上である事業所（以下「対象事業所」という。）において、次の各号に掲げる要件を全て満たす者（以下「対象雇用者」という。）を新たに雇用する事業（以下「補助対象事業」という。）とし、補助金の額は120万円とする。ただし、その交付は1補助対象者に対して5回までとする。

- (1) 過去に本補助金の対象雇用者となつたことがない者
- (2) 令和7年1月1日以降に対象事業所へ新たに就職する者（町内の介護事業所等に勤務していた者については、その介護事業所等を退職後1年以上経過した者に限る。）

(3) 補助対象者と、1週間の勤務時間が1年を平均して20時間を超える勤務条件で3年以上の雇用契約を締結し、その条件で勤務する者（1年の平均からは1週間以上の長期休暇を除く）。

(4) 対象事業所において、利用者への介護又は看護、障がい福祉サービスの提供や相談、指導等の業務に従事する者（事務のみの職員は除く）。

（対象雇用者の雇用報告）

第4条 本補助金を申請しようとする補助対象者（以下「申請者」という。）は、対象雇用者を雇用した場合、速やかに南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金雇用報告書（様式第1号）に必要な書類を添えて、町長へ提出するものとする。

（補助金の交付申請）

第5条 申請者は、前条で報告した対象雇用者を雇用してから6か月が経過したときは、速やかに南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金交付申請書（様式第2号。以下「申請書」という。）に南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金在籍証明書（様式第3号）と必要な書類を添えて、町長へ提出するものとする。

（補助金の交付確定）

第6条 町長は、前条の規定による申請書の提出があった場合には、速やかにその内容を審査し、適当と認めたときは交付を確定し、南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金交付確定通知書（様式第4号）により通知するものとする。

2 町長は、前項の交付確定に際して必要な条件を付することができる。

（補助金の請求）

第7条 前条の通知を受けた者（以下「補助事業者」という。）は、前条の通知を受け取った日から起算して、10日以内に南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金請求書（様式第5号。以下「請求書」という。）を町長に提出しなければならない。

（補助金の交付）

第8条 町長は、前条の規定による請求書の提出があった場合には、受理した日から30日以内に補助金を支払うものとする。

（在籍の証明）

第9条 補助事業者は、対象雇用者を雇用した日から1年、2年及び3年を経過したときは、速やかに南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金在籍証明書（様式第3号）を町長に提出しなければならない。

（雇用条件の変更等による報告）

第10条 対象雇用者が3年を経過せずに雇用契約を終了した場合や第3条の対象雇用者

の要件を満たさなくなった場合は、速やかに南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金雇用条件変更等報告書(様式第6号)を町長に提出しなければならない。

(補助金の返還)

第11条 町長は、次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、既に交付した補助金の全部又は一部の返還を、補助事業者(南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金返還命令書(様式第7号))により命ずるものとする。なお、返還を求める額は別表第1のとおりとする。

- (1) 対象雇用者が、3年を経過せずに雇用契約を終了したとき。
- (2) 対象雇用者を雇用する補助対象者が、第2条の要件を満たさなくなったとき。
- (3) 対象雇用者が従事する対象事業所が、第3条の要件を満たさなくなったとき。

(補助金の返還免除)

第12条 町長は、対象雇用者が次の各号のいずれかの理由により3年を経過せずに雇用契約を終了したときは、前条の規定による返還を免除することができる。

- (1) 対象雇用者が、死亡又は心身障害若しくはこれに準ずる理由により、雇用契約を終了したとき。
- (2) 対象事業所の廃止などの事案により雇用契約を終了したとき。

2 前項の規定により補助金の返還の免除を受けようとする補助事業者は、南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金返還免除申請書(様式第8号。以下「免除申請書」という。)にその事由が分かる書類を添付して町長に申請しなければならない。

3 町長は、前項の免除申請書が提出されたときは、速やかにその内容を審査し、適当と認められた場合は免除を決定し、南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金返還免除決定通知書(様式第9号)により通知するものとする。

(その他)

第13条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

(施行期日)

第1条 この告示は、令和7年1月1日から施行する。

(この告示の失効)

第2条 この告示は、令和9年3月31日限り、その効力を失う。ただし、同日までに行われた第5条に規定する申請に係る事案については、同日後もその効力を有する。

別表第1（第11条関係）

| 該当規定   | 対象事業における<br>対象雇用の雇用期間 | 返還を求める額 |
|--|-----------------------|---------|
| (1) 対象雇用の者が、3年を経過せずに雇用契約を終了したとき。<br>(2) 対象雇用の者を雇用する補助対象者が、第2条の要件を満たさなくなったとき。<br>(3) 対象雇用の者が従事する対象事業所が、第3条の要件を満たさなくなったとき。 | 6か月以上1年未満             | 1,000千円 |
|  | 1年以上1年6か月未満           | 800千円   |
|  | 1年6ヶ月以上2年未満           | 600千円   |
|  | 2年以上2年6か月未満           | 400千円   |
|  | 2年6ヶ月以上3年未満           | 200千円   |

南伊勢町長

所在地  
 名称  
 代表者職・氏名  
 電話番号

南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金雇用報告書

南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金の対象雇用者を下記のとおり雇用しましたので、南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金交付要綱第4条の規定に基づき報告します。

記

|                 |                           |      |       |    |     |  |
|-----------------|---------------------------|------|-------|----|-----|--|
| 雇用状況            | 雇用開始年月日                   |      | 年 月 日 |    |     |  |
|                 | 対象<br>雇用者                 | 氏名   |       |    |     |  |
|                 |                           | 住所   |       |    |     |  |
|                 |                           | 生年月日 | 年 月 日 | 性別 | 男・女 |  |
| 従事する業務          |                           |      |       |    |     |  |
| 対象雇用者が勤務する対象事業所 | 事業所名                      |      |       |    |     |  |
|                 | 所在地                       |      |       |    |     |  |
|                 | 事業（サービス等）の種類              |      |       |    |     |  |
|                 | サービス等の利用者数                |      | 人     |    |     |  |
|                 | 上記利用者のうち、南伊勢町内に住所を有する者の人数 |      | 人     |    |     |  |

南伊勢町長

所在地  
名称  
代表者職・氏名  
電話番号

南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金交付申請書

南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金交付要綱第5条の規定に基づき、南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金の交付について下記のとおり申請します。

記

- 1 補助金交付申請額 1,200,000 円
- 2 対象雇用者氏名
- 3 対象雇用者の雇用開始日 年 月 日
- 4 対象雇用者の職種（該当する職種欄に○を記入してください。）

|          |  |         |  |
|----------|--|---------|--|
| 介護福祉士    |  | 精神保健福祉士 |  |
| 社会福祉士    |  | 相談支援専門員 |  |
| 介護支援専門員  |  | 理学療法士   |  |
| 看護師      |  | 作業療法士   |  |
| 実務者研修修了者 |  | 言語聴覚士   |  |
| 初任者研修修了者 |  | 歩行訓練士   |  |
|          |  | その他の職員  |  |

添付書類

- (1) 南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金在籍証明書(様式第3号)
- (2) 対象雇用者の身分証明書(運転免許証等)の写し及び履歴書
- (3) 対象雇用者が従事している業務に関する資格を証する書類の写し(有資格者に限る)
- (4) 雇用契約証明書又は雇用期間及び勤務条件が分かる雇用契約書等

南伊勢町長

所在地  
 名称  
 代表者職・氏名  
 電話番号

南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金在籍証明書

南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金交付要綱の規定に基づき、下記のとおり在籍証明書を提出します。

記

|                 |   |                                  |
|-----------------|---|----------------------------------|
| 雇用対象者           | 氏名  |                                  |
|                 | 住所  |                                  |
| 勤務施設<br>(対象事業所) | 名称  |                                  |
|                 | 所在地   |                                  |
|                 | サービス等の利用者数  | 人                                |
|                 | 上記利用者のうち、南伊勢町内に住所を有する者の人数                                   | 人                                |
| 雇用開始年月日         | 年 月 日   |                                  |
| 雇用経過年月日         | 年 月 日 年 月 経過  |                                  |
| 現在の状況           | 雇用継続中 ・ 年 月 日 退職  |                                  |
| 職種              |   |                                  |
| 雇用条件確認          | <input type="checkbox"/> 該当<br><input type="checkbox"/> 非該当 | 1週間の勤務時間が1年を平均して20時間を超える雇用条件である。 |
| 長期休暇確認※         | <input type="checkbox"/> 該当<br><input type="checkbox"/> 非該当 | 年 月 日から 年 月 日まで<br>(合計 日間)       |

※勤務期間の中で1週間以上の長期休暇があった場合に、該当欄にチェック及びその期間について記入してください。

様

南伊勢町長

南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金交付確定通知書

年 月 日付けで申請のありました南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金については、下記のとおり交付を確定しましたので、南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金交付要綱第6条の規定に基づき通知します。

記

1 補助金交付確定額 1,200,000 円

2 雇用対象者氏名

3 交付条件は、次のとおりとする。

- (1) 補助事業者は、南伊勢町の福祉向上のため研鑽に努めるとともに、介護職員等が継続して勤務できるような職場環境の整備に努めること。
- (2) 南伊勢町補助金等交付規則及び南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金交付要綱の規定を遵守すること。
- (3) 補助金の交付対象となる事業は、年 月 日付けの南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金交付申請書(以下「申請書」という。)のとおりであること。なお、申請書に記載された内容に変更があった場合は、速やかに町長へ報告すること。
- (4) 補助事業に係る状況が分かる書類、又は対象雇用者に関する雇用契約書や出勤等の状況が分かる書類は、本通知書の日付けが属する年度の終了後から5年間保管すること。

様式第 5 号(第 7 条関係)

年 月 日

南伊勢町長

所在地  
名称  
代表者職・氏名  
電話番号

南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金請求書

年 月 日付け 第 号で交付の確定のありました南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金について、南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金交付要綱第7条の規定に基づき、下記のとおり請求します。

記

|       |   |
|-------|---|
| 請求金額  | 1,200,000 円                                     |
| 振込先情報 | 金融機関名 :<br>支店名 :<br>口座種目 :<br>口座番号 :<br>口座名義人 : |

南伊勢町長

所在地  
名称  
代表者職・氏名  
電話番号

南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金雇用条件変更等報告書

年 月 日付け 第 号で交付額の確定のありました南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金について、雇用条件の変更等がありましたので、南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金交付要綱第 10 条の規定に基づき、下記のとおり報告します。

記

(雇用契約の終了の場合)

|         |       |
|---------|-------|
| 雇用対象者氏名 |       |
| 雇用終了日   | 年 月 日 |

(第 3 条の対象雇用者の要件を満たさなくなったときの場合)

|                           |  |
|---------------------------|--|
| 雇用対象者氏名                   |  |
| 第 3 条の対象雇用者の要件を満たさなくなった理由 |  |

様式第 7 号 (第 11 条関係)

(文書番号)

年 月 日

様

南伊勢町長

南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金返還命令書

年 月 日付け 第 号で確定した南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金について、南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金交付要綱第 11 条の規定に基づき、下記のとおり補助金の返還を命じます。

記

|              |   |
|--------------|---|
| 交付済金額        | 円                                       |
| 返還すべき金額      | 円                                       |
| 返還を命ずる理由     |   |
| 返還期限および返還の方法 | 年 月 日までに、南伊勢町納入通知書により、南伊勢町指定金融機関へ納付すること |

年 月 日

南伊勢町長

所在地  
名称  
代表者職・氏名  
電話番号

南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金返還免除申請書

年 月 日付け 第 号で返還命令を受けた南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金について、南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金交付要綱第 12 条第 2 項の規定に基づき、返還の免除を受けたいので申請します。

記

|           |   |
|-----------|---|
| 交付済金額     | 円 |
| 返還すべき金額   | 円 |
| 免除を申請する理由 |   |

添付書類

- (1) 免除を申請する理由を証明する書類または書類の写し

様式第9号（第12条関係）

（文書番号）

年 月 日

様

南伊勢町長

南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金返還免除決定通知書

年 月 日付けで申請のありました南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金の返還の免除について、免除を決定しましたので、南伊勢町介護事業所等職員新規雇用補助金交付要綱第12条第3項の規定に基づき通知します。