

令和8年度 船橋市介護職員初任者研修等費用助成事業補助金申請の手引き

補助の対象者

- ① 介護職員初任者研修・実務者研修を令和7年4月1日以降に修了した方
- ② 研修修了後、市内の介護保険サービス事業所に3か月以上就業し、現在も就業している方 ※下記【対象になる介護保険サービスの種類】参照
- ③ 介護保険サービス事業所に直接雇用されている方 ※派遣は対象外
- ④ 市税に滞納がない方
- ⑤ ほかの公的な助成を受けていない方

補助金の上限金額

初任者研修：10万円 実務者研修：15万円

申請期限

令和9年2月28日まで（消印有効）
※予算の範囲内で交付する為、年度の途中で終了となる場合があります。

申請方法

介護保険課へ郵送または持参

〒273-8501

船橋市湊町2丁目10番25号 船橋市役所 介護保険課 総務係

【対象になる介護保険サービスの種類】

介護給付	訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院
予防給付	介護予防訪問入浴介護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型共同生活介護

※ 保険医療機関（病院・診療所）における「みなし指定」につきましては、対象となりません。詳しくはお問い合わせください。

～提出物チェックリスト～

申請書（第1号様式）

※お問い合わせをすることがありますので、必ず電話番号をご記入ください。

※申請日は、

- 提出する日付をご記入ください。
- 法人証明欄に記載の日付から30日以内ですか？
- 研修の修了日から3か月以上経過していますか？

研修費用の領収書（写し）

※「払込受領証（コンビニ等で支払った際のお客様控え）」ではお受け付けできません。
研修事業者に領収書の発行を依頼してください。

研修の修了証明書（写し）

市税納付確認書

本人確認書類（写し）

市ホームページ



補助金支払いまでの流れ

申請者

船橋市

「介護職員初任者研修」または
「実務者研修」を修了

令和7年4月1日以降に
研修を修了した方が対象です。

介護保険サービス(表紙に記載)を提供する船橋市
内の事業所にて、3か月以上継続して就業

下記書類を揃える

- ①申請書(第1号様式) … (p6)
⇒必要事項を記入(申請日、法人証明欄以外)
- ②研修費用の領収書(写し)
- ③研修の修了証明書(写し)
- ④市税納付確認書 … (p8)
⇒必要事項を記入
- ⑤本人確認書類(写し)

①申請書の法人証明欄の証明を就業先の法人に依頼

【法人証明事項】

- ・日付(就業継続日)
- ・研修費用の法人負担額

令和8年度は、
令和9年2月28日が
申請期限です。

- ①申請書の申請日を記入し、
(申請日は法人証明欄に記載の日付から30日以内)
- ①~⑤を船橋市介護保険課へ郵送または持参

申請書・添付書類等の審査

承諾決定通知書の受け取り

承諾決定通知書の送付

補助金の受け取り

補助金の支払い

船橋市介護職員初任者研修等費用助成事業補助金交付申請書
(兼申立書 意書)

船橋市長 あて

船橋市介護職員初任者研修等費用助成事業補助金交付要綱第○頁の規定により、次のとおり申請します。

研修修了日以降3か月以上
継続して就業した後に
申請が可能となります。

申請日	令和8年8月20日 ※法人証明欄に記載の日付から30日以内の申請に限り有効となります。	
申請者	フリガナ 氏名	フナバシ タロウ 船橋太郎 (印)
	生年月日	明・大・ 昭 ・平 ○年 ○月 ○日
	住所	(郵便番号 273-8501) 船橋市湊町2-10-25
	電話番号	047-436-0000
メールアドレス	○○○○@△△△△.jp	
申立及び 個人情報の利用に係る 同意	補助金の交付申請にあたり、以下の事項について申し立てます。また、個人情報の利用について同意します。 ・本申請の対象となる研修の受講に係る経費について、本申請において申告するもの他、いかなる助成（本事業による補助を含む。）も受けておらず、また受ける予定でないことを申し立てます。 ・市役所内他課、養成研修事業者等、介護保険サービス事業者又はハローワーク等の他機関に対し費用の助成に係る確認を行う際に、個人情報を利用することについて同意します。 氏名 船橋太郎	
研修の種類 (該当するものに○)	<input checked="" type="radio"/> (1) 介護職員初任者研修 (2) 実務者研修	
研修の修了日	令和8年 2月 28日	
補助対象経費 (※)	95,000 円	
交付申請額	95,000 円	

印鑑を忘れずに
押印してください

金額を間違えた場合、二重線による取り消しができませんので、初めから記入し直してください。押印による訂正も無効です。

※補助対象経費について、養成研修事業者等又は就業先である介護保険サービス事業所の運営法人等から助成等
合には、補助対象経費の合計から当該助成等に係る額を控除した額を記載し、当
る予定であることが確認できる書類を添付すること。

口座欄は法人証明後の記入
でも差し支えありません。

口座振込依頼欄	船橋	銀行	信用組合	湊町	本店
		信用金庫	農協		支店
					出張所
金融機関コード	1	2	3	4	5
口座種別	<input checked="" type="radio"/> 普通	当座	その他 (6	7
口座名義人	フリガナ	フナバシ	タロウ	【法人記載事項】	
	氏名	船橋太郎		●日付（就業継続日）	
				●研修費用の法人負担額	

申請書を記入の上、
就業先の法人に証明を依頼してください。
【法人記載事項】
●日付（就業継続日）
●研修費用の法人負担額

【法人証明欄】

- ・申請者が直接雇用の介護職員として、**8月1日**現在、3か月以上継続して就業している。
- ・研修費用として、**0** 円を法人負担している。（負担が無い場合は0円を記載）

代表取締役、理事等、
法人の代表者の印

事業所名・事業所番号	○○○○ヘルパーサービス 127090△△△△
事業所所在地	船橋市本町○-○○-○○
運営法人名・代表者印	株式会社○○○○ 代表取締役 ○○ ○○



記入例

サービス所管課
チェック欄

本人確認済

提出日：令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

市税納付確認書

内部照会に同意する場合、市税納付確認書は、介護保険課にご提出ください。

同意しない場合、税務課に持参し、納税確認をしてください。

同意する船橋市税の納付状況について、担当市職員が確認することに

同意記入欄

同意します 同意しません

同意する場合、以下の申請者欄をご記入の上、《介護保険課》に提出してください。

同意しない場合、以下の申請者欄をご記入の上、税務課にこの書類を持参し、市税の滞納がないことの確認印を受け、《介護保険課》に提出してください。なお、税務課に確認印を受ける際は、①本人確認書類②3週間以内に市税を納付した場合は、その領収書をご持参ください。確認にお時間を要する場合がありますので予めご承知おきください。

※代理人が来庁する場合は、申請者欄・委任欄ともに記入してください（個人の場合は自署）。

※申請者が法人で代理人が来庁する場合は、委任欄を記入してください。

申請者欄	申請者	住所（所在地）	千葉県船橋市湊町2丁目10番25番	
	氏名・名称（カナ） 氏名・名称	フリガナ	フナバシ タロウ	・個人の場合で、自署するときは押印不要です。 ・申請者が法人である場合は、法人の代表者印を押印してください。
住所	氏名	船橋 太郎	明・大・昭・平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
委任欄	代理人（窓口に来られる方）	住所	千葉県船橋市湊町2丁目10番25番	
	氏名	船橋 花子	・窓口来庁者が代理人の場合は委任欄を記入してください。 ・申請者が個人の場合は、委任者（申請者）が自筆してください。	
	上記の者を代理人と定め、市税納付確認に関する事項について委任します。	委任者（申請者）氏名・名称	船橋 太郎	
使用目的	船橋市（介護職員初任者研修等費用助成事業補助金）申請に伴う納税確認のため提出先部署名：（ 介護保険課 ）			

（市記入欄）※以下には記載しないでください

以下は税務課の記入欄なので、記載しないでください。

住民（法人）コード			
税目、本人確認書類チェック欄	本人確認書類	滞納なし（日付入確認印）	税務課確認欄
船橋市税全税目	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他（		
年度・税目指定欄（指定ある場合のみ）		（確認日記入）	

※本確認書を船橋市の行政サービス申請以外に利用することはできません。本確認書の有効期間は税務課確認日から3か月間とします。

対象者について

Q1 船橋市民ではないのですが、対象になりますか。

対象になります。船橋市外にお住まいで、船橋市内の介護保険サービス事業所にお勤めの方も対象となります。

Q2 通信講座で研修を受けたのですが、対象になりますか。

対象になります。

Q3 非常勤で就業しているのですが、対象になりますか。

対象になります。

Q4 法人の代表者であり、介護職員としても従事しているのですが、対象になりますか。

介護職員としても従事している場合については、対象になります。

Q5 何年も前から長く市内の介護保険サービス事業所に勤めています。
このたび初任者研修を修了したのですが、すぐに申請ができますか。

すぐに申請はできません。

研修の修了日から数えて3か月以上同一の市内介護保険サービス事業所に継続して就業し、現在も勤めていれば申請できます。

Q6 研修を修了し、市内事業所に3か月以上就業したのですが、現在は退職しています。
この場合、助成の対象になりますか。

3か月以上継続して就業した事業所で、申請日においても就業していることを要件としていますので、対象になりません。ただし、市内事業所にあらためて就業し、3か月以上勤めた時点で交付要件を満たしている場合には、対象になります。

Q7 研修費用について、ハローワークから教育訓練給付を受けました。
残りの金額について、助成を受けることができますか。

助成の対象となりません。

教育訓練給付（国の制度）等、公的制度により既に助成を受けている場合には、本市助成制度の対象外となります。（ほかの市町村や千葉県などの自治体が行う制度により助成を受けている場合についても同様です。）

Q8 受講費用について、他の制度等からの貸付を受けています。
この場合は、どのように取り扱うのですか。

貸付を受けた場合も助成を受けたものとみなし、取り扱います。

詳しくは、介護保険課までお問い合わせください。

Q9 研修費用について、研修の修了後に、研修事業者からキャッシュバックがありました。
対象になりますか。

また、就業先である事業所の運営法人から、助成を受けた場合は申請できますか。

「研修事業者」または「就業先である介護保険サービス事業所の運営法人」から、研修費用について助成（キャッシュバック・還付・補助・手当など）を受けた（または受ける予定の）場合、研修費用から当該助成等の額を引いた後の経費について、助成の対象とします。

- ・ 「研修事業者」からの助成の場合、申請時にその旨を申告し、助成を受けた（または受ける予定の）額が確認できる書類を添付してください。
- ・ 「就業先である介護保険サービス事業所の運営法人」からの助成の場合、第1号様式（申請書）の法人証明欄に研修費用の法人負担額を記入の上、提出してください。

詳しくは、介護保険課までお問い合わせください。

対象となる費用について

Q10 研修受講の入学金や交通費は助成の対象となりますか。

受講料及び教材費のみが助成の対象となります。入学金や交通費など、その他の費用は対象となりません。

Q11 研修事業者から指定された教材を購入した場合も対象になりますか。

対象になります。ただし、副教材（エプロンやマナーブック、研修の修了に必ずしも必要ではないテキストなど、指定の品目でなくとも代替ができるもの）については対象外とします。

Q12 再試験の費用については、対象になりますか。

1回目の再試験にかかる費用についてのみ助成の対象となります。

領収書について

Q13 領収書を紛失してしまいました。どうすればいいですか。

必ず必要となりますので、研修事業者へ領収書の再発行を依頼してください。

Q14 研修費用を、銀行の口座振替で支払いました。
領収書が手元にないのですが、申請できますか。

必ず必要となりますので、研修事業者へ領収書の発行を依頼してください。

Q15 研修費用をクレジットカード払いにしたため領収書がありません。
どうすればいいですか。

領収書を添付しての申請を前提としていますが、研修事業者から発行される「クレジット契約証明書」を領収書に代えることができます。研修事業者にご相談ください。

Q16 領収書に、受講料と教材費がまとめて記載されています。
この場合、申請書にはどのように記載すればいいですか。

受講料の欄に、合計額をまとめて記載してください。

申請について

Q17 事業者の代理申請は可能ですか。

介護保険サービス事業者や研修事業者による代理申請は認めていません。
特別な事情がある場合を除き、本人申請を原則とします。

Q18 初任者研修の費用の助成を受けた後に、実務者研修の費用について助成を受けられますか。

助成の対象になります。

Q19 介護職員初任者研修と実務者研修のセットのコースを受講したのですが、対象になりますか。

対象になります。ただし、申請に関する書類はそれぞれ作成し、別々に申請を行ってください。
なお、領収書には、それぞれの研修についての費用の内訳が記載されている必要があります。

第1号様式

船橋市介護職員初任者研修等費用助成事業補助金交付申請書
(兼申立書及び個人情報の利用に係る同意書)

船橋市長 あて

船橋市介護職員初任者研修等費用助成事業補助金の交付を受けたいので、船橋市介護職員初任者研修等費用助成事業補助金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

申請日		年 月 日 ※法人証明欄に記載の日付から30日以内の申請に限り有効となります。	
申請者	フリガナ氏名	印	
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)	
	電話番号	-	-
	メールアドレス		
申立及び個人情報の利用に係る同意		<p>補助金の交付申請にあたり、以下の事項について申し立てます。また、個人情報の利用について同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本申請の対象となる研修の受講に係る経費について、本申請において申告するものの他、いかなる助成（本事業による補助を含む。）も受けておらず、また受ける予定でないことを申し立てます。 ・市役所内他課、養成研修事業者等、介護保険サービス事業者又はハローワーク等の他機関に対し費用の助成に係る確認を行う際に、個人情報を利用することについて同意します。 <p style="text-align: center;">氏名 _____</p>	
研修の種類 (該当するものに○)		(1) 介護職員初任者研修 (2) 実務者研修	
研修の修了日		年 月 日	
補助対象経費 (※)		円	
交付申請額		円	

※補助対象経費について、養成研修事業者等又は就業先である介護保険サービス事業所の運営法人等から助成等を受け、又は受ける予定の場合には、補助対象経費の合計から当該助成等に係る額を控除した額を記載し、当該助成等を受け、又は受ける予定であることが確認できる書類を添付すること。

口座振込依頼欄	銀行 信用組合 信用金庫 農協				本店 支店 出張所			
	金融機関コード				支店コード			
	口座種別	普通 当座 その他 ()			口座番号			
	口座名義人	フリガナ氏名						

【法人証明欄】

- ・申請者が直接雇用の介護職員として、____月____日現在、3か月以上継続して就業している。
- ・研修費用として、____円を法人負担している。（負担が無い場合は0円を記載）

事業所名・事業所番号	
事業所所在地	
運営法人名・代表者印	印

サービス所管課 チェック欄	<input type="checkbox"/> 本人確認済
------------------	--------------------------------

船橋市長あて

提出日：令和 年 月 日

市税納付確認書

以下の同意欄にチェックしてください。

市税納付確認 同意記入欄	私に関する船橋市税の納付状況について、担当市職員が確認することに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません
同意する場合、以下の申請者欄をご記入の上、《介護保険課》に提出してください。	
同意しない場合、以下の申請者欄をご記入の上、税務課にこの書類を持参し、市税の滞納がないことの確認印を受け、《介護保険課》に提出してください。なお、税務課に確認印を受ける際は、①本人確認書類②3週間以内に市税を納付した場合は、その領収書をご持参ください。確認にお時間を要する場合がありますので予めご承知おきください。	

※代理人が来庁する場合は、申請者欄・委任欄ともに記入してください（個人の場合は自署）。

※申請者が法人で代理人が来庁する場合は、委任欄を記入してください。

申請者欄	申請者	住所（所在地）	
		氏名・名称（カナ）	
		氏名・名称	(印)
	生年月日（法人は不要）	明・大・昭・平・令	年 月 日
委任欄	代理人 (窓口に来られる方)	住所	
		氏名	
	上記の者を代理人と定め、市税納付確認に関する事項について委任します。	委任者（申請者）氏名・名称	
使用目的	船橋市（介護職員初任者研修等費用助成事業補助金）申請に伴う納税確認のため 提出先部署名：（ 介護保険課 ）		

（市記入欄）※以下には記載しないでください。

住民（法人）コード								
税目、本人確認書類チェック欄				税務課確認欄				
船橋市税全税目				本人確認書		滞納なし (日付入確認印)		
				<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他()				
年度・税目指定欄 (指定ある場合のみ)						(確認日記入)		

※本確認書を船橋市の行政サービス申請以外に利用することはできません。
本確認書の有効期間は税務課確認日から3か月間とします。

お問い合わせ

船橋市 高齢者福祉部 介護保険課 総務係

TEL 047-436-3306

FAX 047-436-3307