

小田原市介護職員キャリアアップ支援事業費補助金事業計画書（総括表）

法人名	
担当者名	
電話番号	
E-mail	

	受講者	勤務する事業所名	受講する研修	
			研修名	研修費用予定
例1	小田原 太郎	特別養護老人ホーム キュウフ	介護職員初任者研修	5,280円
例2	小田原 梅子	通所介護 ニンテイ	認知症介護基礎研修	2,000円
1				
2				
3				
4				
5				
合計				0円
補助額				

小田原市介護職員キャリアアップ支援事業費補助金事業計画書（個人票例１）

法人名		(市) 高齢介護課	
1	研修を受講する者	氏 名	小田原 太郎
		生年月日 (歳)	昭和 5 5 年 5 月 3 0 日 (4 2 歳)
		居住市町村	南足柄市
		取得している資格	なし
2	勤務する事業所	事業所名	特別養護老人ホーム キュウフ
		サービス種別	介護老人福祉施設
		住 所	小田原市荻窪300番地
		事業所番号	00054452
		貴法人に就労して からの年月	4 年 1 0 月
		現事業所に配属して からの年月	2 年 1 0 月
3	受講する研修	研 修 名	介護職員初任者研修
		研修実施機関名	神奈川県高齢者施設協議会
		受講会場名	神奈川県福祉センター
		研修予定期間	令和 7 年 6 月～令和 7 年10月
4	研修費用予定	受 講 料	
		受 験 料	
		教 材 費	5,280円
		合 計	5,280円

小田原市介護職員キャリアアップ支援事業費補助金事業計画書（個人票例２）

法人名		(市) 高齢介護課	
1	研修を受講する者	氏 名	小田原 梅子
		生年月日 (歳)	平成 1 0 年 1 2 月 4 日 (2 4 歳)
		居住市町村	小田原市
		取得している資格	なし
2	勤務する事業所	事業所名	通所介護 ニンテイ
		サービス種別	通所介護
		住 所	小田原市曽我岸 1 - 1 - 1
		事業所番号	00545111
		貴法人に就労して からの年月	1 年 0 月
		現事業所に配属して からの年月	1 年 0 月
3	受講する研修	研 修 名	認知症介護基礎研修
		研修実施機関名	神奈川県社会福祉協議会
		受講会場名	神奈川県福祉センター
		研修予定期間	令和 7 年 9 月～令和 7 年 9 月
4	研修費用予定	受 講 料	2,000円
		受 験 料	
		教 材 費	
		合 計	2,000円

小田原市介護職員キャリアアップ支援事業費補助金事業計画書（個人票１）

法人名	
-----	--

1	研修を受講する者	氏 名	
		生年月日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
		居住市町村	
		取得している資格	
2	勤務する事業所	事業所名	
		サービス種別	
		住 所	
		事業所番号	
		貴法人に就労して からの年月	年 月
		現事業所に配属して からの年月	年 月
3	受講する研修	研 修 名	
		研修実施機関名	
		受講会場名	
		研修予定期間	令和 年 月～令和 年 月
4	研修費用予定	受 講 料	
		受 験 料	
		教 材 費	
		合 計	0円

小田原市介護職員キャリアアップ支援事業費補助金事業計画書（個人票2）

法人名	
-----	--

1	研修を受講する者	氏 名	
		生年月日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
		居住市町村	
		取得している資格	
2	勤務する事業所	事業所名	
		サービス種別	
		住 所	
		事業所番号	
		貴法人に就労して からの年月	年 月
		現事業所に配属して からの年月	年 月
3	受講する研修	研 修 名	
		研修実施機関名	
		受講会場名	
		研修予定期間	令和 年 月～令和 年 月
4	研修費用予定	受 講 料	
		受 験 料	
		教 材 費	
		合 計	0円

小田原市介護職員キャリアアップ支援事業費補助金事業計画書（個人票3）

法人名	
-----	--

1	研修を受講する者	氏 名	
		生年月日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
		居住市町村	
		取得している資格	
2	勤務する事業所	事業所名	
		サービス種別	
		住 所	
		事業所番号	
		貴法人に就労して からの年月	年 月
		現事業所に配属して からの年月	年 月
3	受講する研修	研 修 名	
		研修実施機関名	
		受講会場名	
		研修予定期間	令和 年 月～令和 年 月
4	研修費用予定	受 講 料	
		受 験 料	
		教 材 費	
		合 計	0円

小田原市介護職員キャリアアップ支援事業費補助金事業計画書（個人票４）

法人名	
-----	--

1	研修を受講する者	氏 名	
		生年月日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
		居住市町村	
		取得している資格	
2	勤務する事業所	事業所名	
		サービス種別	
		住 所	
		事業所番号	
		貴法人に就労して からの年月	年 月
		現事業所に配属して からの年月	年 月
3	受講する研修	研 修 名	
		研修実施機関名	
		受講会場名	
		研修予定期間	令和 年 月～令和 年 月
4	研修費用予定	受 講 料	
		受 験 料	
		教 材 費	
		合 計	0円

小田原市介護職員キャリアアップ支援事業費補助金事業計画書（個人票５）

法人名	
-----	--

1	研修を受講する者	氏 名	
		生年月日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
		居住市町村	
		取得している資格	
2	勤務する事業所	事業所名	
		サービス種別	
		住 所	
		事業所番号	
		貴法人に就労して からの年月	年 月
		現事業所に配属して からの年月	年 月
3	受講する研修	研 修 名	
		研修実施機関名	
		受講会場名	
		研修予定期間	令和 年 月～令和 年 月
4	研修費用予定	受 講 料	
		受 験 料	
		教 材 費	
		合 計	0円

介護職員初任者研修
介護支援専門員実務研修
介護支援専門員更新研修
認知症介護基礎研修
認知症介護実践者研修
介護福祉士実務者研修