千代田区で働く介護職員の方へ 奨学金の返済を補助します!

補助額

年額24万円(上限)

※東京都の奨学金補助を受けている場合は、その補助額を除いた額の補助を受けることができます。

※繰り上げ返済分を含めた上限額となります。

補助期間

10年間

※千代田区内で働いている期間に限定されます。

対象者

区内の介護施設等に勤務し、介護・福祉事業者と1年以上の雇用期間かつ1週間に勤務すべき時間数を32時間以上と定める労働契約 (雇用期間の定めのないものを含む。)を締結している方

※対象の介護施設等は次ページに掲載しています。



対象となる奨学金

対象者本人が返済する日本奨学金支援機構などの奨学金が対象です。

※対象の奨学金は次ページに掲載しています。

申請方法

このチラシの申請書および雇用証明書に記入・押印し(雇用証明書は雇用主の記入・押印が必要)、奨学金の貸与を証明する書類を添付の上、高齢介護課の窓口に提出または郵送してください。内容の審査を行い、対象者には補助金の「交付決定通知書」を郵送します。

※今年度中の返済について補助を希望する方は、年度末(3月末日)までに提出してください。

支払方法

各年度(4月〜翌年3月)中に返済した奨学金について、補助金交付請求書を年度終了後の4月 20 日までに高齢介護課へ提出してください。補助金は5月末までに対象者本人の口座に支払います。

※請求書には、就労証明書、実績報告書、返済実績を確認できる書類の添付が必要です。

その他

申請の際は、区のホームページに掲載している当補助金制度の要綱をご確認ください。

問合せ先

高齢介護課 介護事業指定係 〒102-8688 九段南 1-2-1 千代田区役所 3 階 電話 03(5211)4336

■対象となる介護施設等

介護施設等

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

訪問介護を行う事業所

訪問入浴介護を行う事業所(介護予防を含む。)

訪問看護を行う事業所(介護予防を含む。)

訪問リハビリテーションを行う事業所(介護予防を含む。)

通所介護を行う事業所

通所リハビリテーションを行う事業所(介護予防を含む。)

短期入所生活介護を行う事業所(介護予防を含む。)

短期入所療養介護を行う事業所(介護予防を含む。)

特定施設入居者生活介護を行う事業所(介護予防を含む。)

定期巡回・随時対応型訪問介護看護を行う事業所

夜間対応型訪問介護を行う事業所

認知症対応型通所介護を行う事業所(介護予防を含む。)

小規模多機能居宅介護を行う事業所(介護予防を含む。)

認知症対応型共同生活介護を行う事業所(介護予防を含む。)

地域密着型特定施設入居者生活介護を行う事業所

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を行う事業所

看護小規模多機能型居宅介護を行う事業所

地域密着型通所介護を行う事業所

居宅介護支援を行う事業所

介護予防支援を行う事業所

予防訪問サービスを行う事業所

予防通所サービスを行う事業所

自立支援訪問サービスを行う事業所

生活機能向上デイサービスを行う事業所

地域包括支援センター等その他相談援助の便宜を供与する施設又は事業を行う事業所

■対象となる奨学金

名称等

生活福祉資金貸付制度・教育支援資金(教育支援費・就学支度金)

東京都母子及び父子福祉資金(修学資金・就学支度資金)

東京都育英資金

日本学生支援機構奨学金(第一種、第二種)

交通遺児育英会奨学金

あしなが育英会

上記の貸付けに準ずると千代田区長(以下「区長」という。)が認めたもの。

千代田区介護人材奨学金返済支援事業補助金交付申請書

千代田区介護人材奨学金返済支援事業補助金交付要綱第6条の規定に基づき、下記のと おり、本補助金の交付を申請します。

記

| (フ リ ガ ナ) 氏 名 | | | | | Ø |
|------------------|----------------|------------|----|-----|---|
| 住 所 | - − | - | 電話 | (|) |
| 勤 務 先 | | | | | |
| 勤務先所在地 | | | | | |
| 奨 学 金 名 | | | | | |
| 奨学金貸与期間 | <i>±</i> | 声 月 | 日~ | 年 月 | 口 |

添付書類

- (1) 雇用証明書(第2号様式)
- (2) 奨学金の貸与を証明する書類

キリトリ

雇用証明書

| (フ 氏 | リガナ | ►) 名 | |
|-------------------------------------|---------|------------|-------------------------------------|
| 住 | | 所 | |
| 勤 務 先 | 施設・事業所名 | | |
| | 先 | 事業所番号 | |
| | | 所在地 千代田区 | |
| 採月 | 月年月 | 日 | 年 月 日 (有期雇用の場合は雇用期間が終了する日 年 月 日) |
| 採 | 用形 | 態 | 常勤(週32時間以上) |
| 職 | | 種 | |
| 東京都の介護職 員奨学金返済・ 育成支援事業の 適用 | | F • | 適用あり ・ 適用なし |

上記の者が、在職していることを証明します。

年 月 日

事業者名

事業主名 (代表者)

EIJ

連絡先