

## 島原地域広域市町村圏組合介護職インターンシップ助成金交付要綱

令和7年3月21日告示第10号

(趣旨)

第1条 島原市、雲仙市及び南島原市（以下「構成市」という。）内の介護サービス事業者が実施するインターンシップに参加する者に対し、予算の定めるところにより、島原地域広域市町村圏組合介護職インターンシップ助成金（以下「助成金」という。）を交付するものとし、その交付については、この要綱の定めるところによる。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 介護サービス事業者 介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者及び指定介護予防支援事業者並びに指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院の開設者をいう。
- (2) インターンシップ 介護サービス事業者が構成市内において実施する就業体験をいう。

(助成の対象者)

第3条 助成金の交付の対象となる者（以下「助成対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 当該年度中に16歳以上となる者
- (2) インターンシップに参加した者

(助成金の額等)

第4条 助成金の額は、交通費及び雑費として1日一律3,000円とし、最大5日間の15,000円を上限とする。

2 助成金の交付は、一の年度において、一の助成対象者につき1回とする。

(申請の手続き)

第5条 助成金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、介護職インターンシップ助成金交付申請書兼請求書（様式第1号）に次に掲げる書類を添えて、島原地域広域市町村圏組合管理者（以下「管理者」という。）に提出しなければならない。

- (1) 介護職インターンシップ参加証明書（様式第2号）
- (2) 居住地が確認できる公的証明書（マイナンバーカード、運転免許証、住民票等）の写し
- (3) 振込先金融機関の通帳の写し

2 前項の申請は、インターンシップが終了した日から起算して 60 日を経過した日又は当該インターンシップが終了した日が属する年度の 3 月 31 日のいずれか早い日までに管理者に提出しなければならない。

(交付の決定)

第 6 条 管理者は、前条の規定による申請があったときは、当該申請の内容を審査し、適当と認めるときは、申請者に対し介護職インターンシップ助成金交付決定通知書（様式第 3 号）により通知するとともに、助成金を交付するものとする。

2 前項の交付決定後に虚偽の申請があった場合は、交付決定を取り消し、又は助成金の全部若しくは一部を返還しなければならない。

(その他)

第 7 条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は管理者が別に定める。

附 則

この要綱は、令和 7 年 4 月 1 日から施行する。

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

島原地域広域市町村圏組合 管理者 様

(申請者) (住所)  
(氏名)  
(電話番号)

印

年度 介護職インターンシップ助成金交付申請書兼請求書

標記助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請及び請求します。

1 申請内容

住 所	〒 ー
フリガナ	
氏 名	
生年月日	年 月 日生
メールアドレス	
申請金額	円 (3,000円× 日間)

2 助成金の振込先

振込口座	金融機関	銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店・支店 出張所
	預金種目	普通・当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

※申請者本人の口座を記載

3 必要書類

- (1) 介護職インターンシップ参加証明書（様式第2号）
- (2) 居住地が確認できる公的証明書（マイナンバーカード、運転免許証、住民票等）の写し
- (3) 振込先金融機関の通帳の写し

様式第2号（第5条関係）

年 月 日

島原地域広域市町村圏組合 管理者 様

年度 介護職インターンシップ参加証明書

介護職インターンシップ参加者

住 所	〒 ー
氏 名	
参 加 日	年 月 日～ 年 月 日（ 日間）
参加した事業	<input type="checkbox"/> 長崎県委託事業 介護のしごと体験事業（介護職インターンシップ） <input type="checkbox"/> 介護サービス事業者独自のインターンシップ事業
内 容	<input type="checkbox"/> 介護体験 <input type="checkbox"/> 研修 <input type="checkbox"/> その他（ ）

【証明欄】

介護職インターンシップ参加証明書	
上記のとおり介護職インターンシップに参加したことを証明します。	
年 月 日	
事業所等	所在地
	名称
	代表者
	印

※介護サービス事業者が証明

（令達者）（住所）  
（氏名）

年度 介護職インターンシップ助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請があった介護職インターンシップ助成金の  
交付について、島原地域広域市町村圏組合介護職インターンシップ助成金交  
付要綱第6条の規定により、次のとおり決定したので、通知する。

年 月 日

島原地域広域市町村圏組合管理者 印

記

- 1 交付決定額 円
- 2 振込予定日 年 月 日