様式第2号

要件確認シート　兼　誓約書

以下の要件を確認し、該当する場合、チェックを入れてください。

（すべてにチェックが入る場合に、定着支援補助金交付の対象となります。）

[ ] 　神戸市の相談支援事業所に指定されていること。（※神戸市直営の相談支援事業所は除く）

[ ] 　申請日の属する年度において、相談支援専門員としての通算勤務年数が５年を超えていないこと。（前年度までに５年を超えるものは対象外とする。）

[ ] 　当該補助金の交付を申請する者又は交付を申請する法人の役員が暴力団員ではないこと

（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第77号）第２条第６号に規定

する暴力団員をいう。）。

[ ] 　対象となる相談支援専門員が、神戸市の支給決定者の計画相談を10件以上担当し、指定計画相談支援又は指定障害児相談支援を提供していること。

[ ] 　神戸市基幹相談支援センターが開催する連絡会及び研修、障害者相談支援センター等が実施する事例検討会等に参加すること。

[ ] 　相談支援事業所の所在する区地域自立支援協議会における相談支援事業所を対象とした部会や災害に関する部会に参加すること。

[ ] 　神戸市における災害時要援護者支援の取り組みを実施すること。

[ ] 　神戸市からの依頼があれば相談支援事業所として法定研修の演習講師を務めること。

定着支援補助金を申請するにあたり、上記の各要件を遵守することを誓約します。なお、正当な理由なく上記の各要件を遵守できない場合は、定着支援補助金を返還します。

神戸市長宛

令和　年　月　日

所在地

法人名

代表者名