

外国人介護人材等導入計画書

対象事業所等概要

サービス種別	
事業所名称	
事業所住所	
連絡先	(担当者：)

想定スケジュール

導入人材区分	技能実習生（介護）・特定技能・E P A介護福祉士候補者
監理団体・登録支援機関等（予定）	名称： 連絡先：
雇用契約月（予定）	年 月 ・ 未定
人材入国月（予定）	年 月 ・ 未定
<input type="checkbox"/> 前年度に本補助金の交付を受けている	

対象経費及び補助金額

種別	内容	金額（概算）
監理団体等への入会金、会費等		円
監理団体等および送り出し機関への紹介料、手数料等		円
監理団体等への監理費、支援委託費等		円
ビザ申請費用		円
健康診断費		円
技能実習生保険等の保険料		円
渡航費		円
居住費		円
その他市長が認める費用		円
対象経費合計		A 円
補助対象額（A×3/4） ※1円未満の端数は切り捨て		B 円
補助金額（Bと55万円（※）のいずれか小さい額、1,000円未満切り捨て） ※前年度に本補助金の交付を受けている場合は前年度交付額を除いた額		円