

名古屋市福祉人材確保支援事業助成金交付申請書

22年 5月 1日

(あて先) 名古屋市長

法人の主たる事務所の所在地を記入してください。

代表者の役職名(代表取締役、理事長など)も記入してください。

申請者 (主たる事務所の所在地)

名古屋市中区三の丸三丁目1番1号

(法人名) 株式会社〇〇

(代表者職氏名) 代表取締役 名古屋太郎

印

名古屋市福祉人材確保支援事業助成要綱に基づき助成金の交付を受けたいので、名古屋市福祉人材確保支援事業計画書(様式第2号)を添えて申請
なお、当該事業が地方公共団体の施設に設置して設
立された法人に属していません。

福祉人材確保支援事業計画書(様式第2号)にて算出した「助成金交付申請額」(最下段の金額)を記入してください。

法人の代表者印を押印してください。

1 助成金交付申請額	96,325 円	
3 事業実施予定期間	開始	22年 5月 20日
	完了	23年 1月 30日
4 添付書類	(1) 福祉人材確保支援事業計画書(様式第2号) (2) 対象経費算出内訳書(様式第3号) (3) 従業員の勤務状況(様式第3号の2)及び直近1か月分の勤務表 (4) その他市長が必要と認める書類	

複数の事業を申請する場合には、開始時期の最も早いものについて、記入してください。

複数の事業を申請する場合には、すべての事業が完了する予定の日を記入してください。

(備考) 「受付番号」欄は記入しないでください。

(様式第2号)

福祉人材確保支援事業計画書

1 対象事業所の概要

事業所名称	デイサービスセンター〇〇								
事業所所在地	〒460-8508 名古屋市中区三の丸三丁目1								
事業者番号	2	3	0	0	0	0	0	0	0

「従業員の勤務状況（非常勤職員）」
 （様式第3の2号）にて算出した、1か月あたりの非常勤職員の勤務時間の合計
 を記入してください。

2 対 事業所における常勤職員1人1月あたりの勤務時間を記入してください。

※今 従業員配置状況 延べ勤務時間（月）のみ記入してください。

月	従業員数		延べ勤務時間（月）		常勤換算数	
4月	常勤	a 5 名	常勤	a 5 名	常勤	a 5 名
	非常勤	8 名	非常勤	b 992 時間	非常勤	d = b / c 5.5 名
	常勤職員1人1月あたりの勤務時間		c 160 時間	合計	a + d 10.5 名	

※常勤換算数については、小数点2位以下を切捨てとすること。

助成限度額

A	100,000 円
---	-----------

<助成限度額>

2で算出した a + d の値	限度額
10名未満	50,000 円
10名以上30名未満	100,000 円
30名以上	150,000 円

1円未満の端数は、切り捨てとなります。

4 助成金交付申請額の算出

区分	実施予定日又は実施予定期間	対象経費	助成対象額 (対象経費×助成比率) ※1円未満の端数は切捨て
事業所外研修等への従業員の派遣	平成22年5月20日～21日	28,000 円	(×1/2) 14,000 円
事業所内研修の開催	平成22年8月1日～10月15日	36,000 円	(×3/4) 27,000 円
従業員の資格取得支援	※試験日、講座受講予定期間等 平成23年1月×日	13,100 円	(×3/4) 9,825 円
従業員の福利厚生に関するもの	※健康診断実施日、物品購入予定日等 平成22年6月1日～23年1月30日	91,000 円	(×1/2) 45,500 円

2回目以降の申請時に記入してください。

助成対象額合計	B	96,325 円
既に交付決定（既に交付決定を受けている場合）	C	円
助成限度額 (A-C)	D	100,000 円
助成金交付申請額 (BとDいずれか低い金額)		96,325 円

担当者名 (職名)	介護 太郎 (管理者)
連絡先 (電話)	〇〇〇 - 〇〇〇〇

対象経費算出内訳書【事業所外研修等への従業員の派遣】

※内容、経費の内訳が分かるもの（研修案内等）を添付すること。

(1) 研修受講料・教材費

	派遣従業員名	研修名	経費総額 (①)	本人負担額 (②)	対象経費 (①-②)
1	〇〇〇〇	〇〇〇〇	15,000	0	15,000
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
小計(a)					15,000

経費の一部を従業員本人が負担する場合に記入してください。
※助成金の対象経費となるのは、「事業所が負担する額のみ」となります。

旅費、宿泊費の内訳が分かるもの（事業所で作成した支出調書の写しなどでも可）を添付してください。

(2) 派遣旅費・宿泊費

	派遣従業員名	研修名	経費総額 (①)	本人負担額 (②)	対象経費 (①-②)
1	〇〇〇〇	〇〇〇〇	16,000	3,000	13,000
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
小計(b)					13,000

経費の一部を従業員本人が負担する場合に記入してください。
※助成金の対象経費となるのは、「事業所が負担する額のみ」となります。

対象経費総額(a + b)

28,000

(様式第3-2号)

従業員が自由に利用できるような書籍などを購入する場合の記載例です。

内訳書【事業所内研修の開催】

※経費の内訳が分かるように入付すること。

研修名		内容		
書籍の購入「書籍名 ()」		職員の資質向上のため、自由に利用できる書籍を購入し、事務所に備えつける。		
講師 (職種)		対象者 (職種・人数)		
		生活相談員、介護職員、看護職員 計13名		
1	内訳	経費総額 (①)	本人負担額 (②)	対象経費 (①-②)
	講師謝金・交通費			
	資料代・教材費用 (書籍・DVD等の購入費を含む)	10,000		10,000
	会場借り上げ代			
	従業員の交通費 (事業所外の会場にて実施する場合のみ)			
	その他 ()			
小計(a)				10,000

研修名		内容		
〇〇〇〇		〇〇〇〇		
講師 (職種)		対象者 (職種・人数)		
〇〇〇〇 (薬剤師)		生活相談員、介護職員 計10名		
2	内訳	経費総額 (①)	本人負担額 (②)	対象経費 (①-②)
	講師謝金・交通費	26,000		26,000
	資料代・教材費用 (書籍・DVD等の購入費を含む)			
	会場借り			
	従業員の 施する場			
	その他 ()			
小計(b)				26,000
対象経費総額(a + b)				36,000

経費の一部を従業員本人が負担する場合に記入してください。
※助成金の対象経費となるのは、「事業所が負担する額のみ」となります。

対象経費算出内訳書【従業員の資格取得支援】

社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、介護職員基礎研修、訪問介護員1、2級、精神保健福祉士、行動援護従業者養成研修、視覚障害者移動介護従業者養成研修に係るものについて記載してください（その他の資格については、「事業所外研修等への派遣」の対象となります。）

※内容、経費の内訳が分かるもの（研修案内等）を添付すること。

(1) 講座・研修等の受講料、資格試験受験料

	従業者名	講座・研修名 受験資格名	経費総額 (①)	本人負担額 (②)	対象経費 (①-②)
1	〇〇〇〇	介護福祉士試験	13,100		13,100
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
小計 (a)					13,100

経費の一部を従業者本人が負担する場合に記入してください。
※助成金の対象経費となるのは、「事業所が負担する額のみ」となります。

旅費、宿泊費の内訳が分かるもの（出張命令簿などでも可）を添付してください。

(2) 交通費・宿泊費

	従業者名	講座・研修名 受験資格名	経費総額 (①)	本人負担額 (②)	対象経費 (①-②)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
小計 (b)					
対象経費総額 (a + b)					13,100

対象経費算出内訳書【従業員の福利厚生に関するもの】

※経費の内訳が分かるものを添付すること。

事業名 (該当する事業に○をつけるか、具体的に記載すること)			
<input type="checkbox"/> 健康診断：法定外健康診断・非常勤職員健康診断 <input checked="" type="checkbox"/> 感染症予防に係る費用：インフルエンザ予防接種 その他 () <input type="checkbox"/> 健康確保のための物品の購入 (物品名：) <input type="checkbox"/> その他 ()			
1	実施日又は実施期間 (健康診断実施日、物品の購入予定日等)	経費総額 (①)	32,500
	平成22年10月1日～23年1月30日	本人負担額 (②)	6,500
	対象者 (職種・人数)	対象経費 (①-②)	a 26,000
	生活相談員、介護職員、看護職員		

経費の一部を従業員本人が負担する場合に記入してください。
※助成金の対象経費となるのは、「事業所が負担する額のみ」となります。

事業名 (該当する事業に○をつける)			
<input type="checkbox"/> 健康診断：法定外健康診断・非常勤職員健康診断 <input checked="" type="checkbox"/> 感染症予防に係る費用：インフルエンザ予防接種・その他 (肝炎ワクチン接種) <input type="checkbox"/> 健康確保のための物品の購入 (物品名：) <input type="checkbox"/> その他 ()			
2	実施日又は実施期間 (健康診断実施日、物品の購入予定日)		65,000
	平成22年6月1日～22年6月30日	「その他」の場合は具体的な内容を記入してください。	0
	対象者 (職種・人数)	対象経費 (①-②)	b 65,000
	生活相談員、介護職員、看護職員		

事業名 (該当する事業に○をつけるか、具体的に記載すること)			
<input type="checkbox"/> 健康診断：法定外健康診断・非常勤職員健康診断 <input type="checkbox"/> 感染症予防に係る費用：インフルエンザ予防接種・その他 () <input type="checkbox"/> 健康確保のための物品の購入 (物品名：) <input type="checkbox"/> その他 ()			
3	実施日又は実施期間 (健康診断実施日、物品の購入予定日等)	経費総額 (①)	
		本人負担額 (②)	
	対象者 (職種・人数)	対象経費 (①-②)	c

対象経費総額 (a + b + c)

91,000

従業者の勤務状況(非常勤職員)

法人 役員	職 種	氏 名	勤務時間 4 月
	生活相談員	〇〇〇〇	100
	介護職員	〇〇〇〇	85.5
	介護職員	〇〇〇〇	32
	看護職員	〇〇〇〇	32

法人 役員	職 種	氏 名	勤務時間 月

備考

- 1 当該シートには、非常勤職員の申請日の直近1か月分の勤務時間の実績を記載してください。
- 2 「法人の役員」欄には、法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等以上の支配力を有する者と認められる者を含む）である者については、○を付けてください。
- 3 事業所にて使用している勤務表（直近1か月分）を添付してください。