

(様式第7号)

受付番号

提出日は空欄にしてください。

名古屋市福祉人材確保支援事業完了報告書

年 月 日

(あて先)

本市より事業所あてにお送りしております「名古屋市福祉人材確保支援事業助成金交付決定通知書」(様式第4号)の日付を記載してください。

申請者

申請時に提出していただいた「交付申請書」(様式第2号)及び本市に口座登録をして頂いている印鑑と同じものを押ししてください。

(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

22年 5月 6日付けで助成金の交付決定のありました名古屋市福祉人材確保支援事業につきまして、事業が完了しましたので関係書類を添えて下記のとおり報告し

「名古屋市福祉人材確保支援事業助成金交付決定通知書」(様式第4号)の日付、決定金額を記載してください。
※金額が増額した場合には、「名古屋市福祉人材確保支援事業変更(中止)申請書」(様式第5号)の提出が必要になります。

1 対象事業所

事業所名称(事業所番号)	デイサービスセンター〇〇	(230000000)
--------------	--------------	-------------

2 助成金交付決定の状況

交付決定日	平成22年5月6日	交付決定金額	96,325円
-------	-----------	--------	---------

3 対象事業の実施状況及び助成金額の算出

実際に支出した経費を記入してください。

区分	実施日又は実施期間	対象経費(実際に支出した費用)	助成率	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	25,000円	(×1/2)	12,500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	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	平成22年6月1日~23年1月30日	77,500円	(×1/2)	38,750円

助成対象額合計	88,075円
既交付決定額(既に交付決定を受けている場合)	0円
助成限度額	100,000円
助成金額	88,075円

「助成対象額合計」と「助成限度額」のうち小さい方の金額となります。

4 添付書類

(様式第8号)

(2) その他市長が必要と認める書類

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
----------	-----------	---------	------------

※「受付番号」欄は記入しないでください。

(様式第8-1号)

対象経費精算書【事業所外研修等】

領収書等のあて名が従業者個人になっている場合は、事業所が費用を支出したことが分かる書類が必要となります。

※事業所が経費を支出したことが分かる書類（領収書の写し等）を添付してください。

(1) 研修受講料・教材費

	派遣従業者名	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

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

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

(2) 派遣旅費・宿泊費

	派遣従業者名	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	13,000	3,000	10,000
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
小計(b)					10,000
対象経費総額(a + b)					25,000

(様式第8-2号)

対象経費精算書【事業所内研修の開催】

※事業所が経費を支出したことが分かる書類（領収書の写し等）を添付してください。

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		
内訳	経費総額 (①)	本人負担額 (②)	対象経費 (①-②)	
1 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				
従業者の交通費（事業所外の会場にて実施する場合のみ）				
その他（ ）				
経費の一部を従業者本人が負担した場合に記入してください。 ※助成金の対象となるのは、「事業所が負担した額のみ」となります。				
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		生活相談員、介護職員、看護職員 計13名		
内訳	経費総額 (①)	本人負担額 (②)	対象経費 (①-②)	
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）				
会場借り上げ代				
従業者の交通費（事業所外の会場にて実施する場合のみ）				
その他（ ）				
小計(b)				26,000
対象経費総額(a + b)				26,000

(様式第8-3号)

対象経費精算書【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ください（その他の資格については、「事業所外研修等への参加費」欄に記載してください）

領収書等のあて名が従業者個人になっている場合は、事業所が費用を支出したことが分かる書類が必要となります。

※事業所が経費を支出したことが分かる書類（領収書の写し等）を添付してください。

(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した場合に記入してください。
※助成金の対象となるのは、「事業所が負担した額のみ」となります。

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

(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

(様式第8-4号)

対象経費精算書【従業員の福利厚

領収書等のあて名が従業員個人になっている場合は、事業所が費用を支出したことが分かる書類が必要となります。

※事業所が経費を支出したことが分かる書類（領収書の写し等）を添付してください。

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 <input checked="" type="checkbox"/> 感染症予防に係る費用 <input type="checkbox"/> 健康確保のための物品 <input type="checkbox"/> その他（			
経費の一部を従業員本人が負担した場合に記入してください。 ※助成金の対象となるのは、「事業所が負担した額のみ」となります。			
1	実施日又は実施期間 (健康診断実施日、物品の購入日等)	経費総額	33,000
	平成22年10月1日～23年1月30日	本人負担額(②)	5,500
	対象者(職種・人数)	対象経費(①-②)	a 27,500
	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 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、物品の購入日等)	経費総額(①)	50,000
	平成22年6月1日～22年6月30日	本人負担額(②)	0
	対象者(職種・人数)	対象経費(①-②)	b 50,000
	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)

--