様式１－２

宮城県外国人介護人材資格取得支援事業費補助金事業計画書

１　申請者

|  |  |
| --- | --- |
| ①法　人　名 |  |
| ②施　設　名 |  |
| ③事業種別 |  |
| ④所　在　地 | （〒　　　－　　） |
| ⑤担当者氏名及び連絡先 | 氏名：電話：FAX：E-mail： |

２　資格取得支援対象職員名簿

※　詳細は、別添「資格取得支援対象職員」のとおり。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 氏　　名 | 年齢 | 実務者研修実施事業者 | 法人の受講料負担予定額（実際に支出する額） |
| １ |  |  |  | 　円 |
| ２ |  |  |  | 円 |
| ３ |  |  |  | 円 |
| ４ |  |  |  | 円 |
| ５ |  |  |  | 円 |
| 合計　　 |  |  |  | 　⑥　　　　　　　　　円（※千円未満切捨て） |

３　代替職員配置予定（※実際に代替職員を配置する場合のみ記入）

* スクーリング日程が早い日から順に、受講職員ごとに作成する。
* 「雇用形態」欄は、新規に代替職員を雇用・派遣職員を依頼・既に雇用している非常勤職員により代替する場合のいずれかを記載すること。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 受講者氏名 | 代替職員氏名 | 代替職員雇用形態 | 代替職員配置予定日・日数 |
| １ |  |  | 　 |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  | 配置予定日数　　　日 |

４　申請額

|  |  |
| --- | --- |
| ⑥法人の受講料負担予定額（実際に支出する額） | 円 |
| ⑦受講料上限額（６万円×支援対象職員数） | 　　　円 |
| ⑧受講料（⑥に補助率1/2を乗じた額と⑦を比較して低い額） | 円 |
| ⑨代替職員人件費※ | 円 |
| ⑩対象経費の支出予定額（⑧と⑨の合計額） | 円 |

※⑨は交付要綱別表の一人当たりの上限額（38千円）に補助対象となる受講者数を乗じたものを記入すること。

（添付書類）

・別添「資格取得支援対象職員」

・受講者の採用通知書及び労働条件通知書

・受講者の履歴書

・その他知事が必要と認める書類

注：受講者ごとに記載すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 番号 | 　１ |

様式１－２の別添（資格取得支援対象職員）

（１）支援対象職員氏名等

|  |  |
| --- | --- |
| ⑪氏　　名 | ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |
| ⑫生年月日 | 年　月　日　（　　　歳） | ⑬国　　籍 |  |
| ⑭採用年月日 | 年　月　日 | ⑮雇用（予定）期間 | 年　月　日～　　年　月　日 まで |
| ⑯在留資格 |  | ⑰在留期間 | 年　月　日～　　年　月　日 まで |
| ⑱住　　所 | （〒　　　－　　　） |
| ⑲電話番号 |  |

（２）受講した実務者研修

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⑳受講施設等 | 研修指定事業者名 |  |
| 研 修 名 |  |
| クラス名 |  |
| 通学・通信の別 |  |
| 所 在 地 |  |
| 電話番号 |  |
| ㉑受講期間 | 　　　　年　　月　　日 から 　　　　年　　月　　日 まで |
| ※研修の受講を　ア　修了している　　イ　修了する予定（ア又はイのいずれかに○を付けてください。） |
| ㉒受 講 料（法人負担予定額） | 　　　　　　　　　　　　　円 |
| ㉓申 請 額(上限６万円) | 　円 |
| （㉒受講料と６万円を比較し、少ない方の額を記載してください。） |

（３）仕事の内容等

|  |  |
| --- | --- |
| ㉔仕事の内容 |  |

（４）外国人介護人材資格取得支援事業と同趣旨の事業による補助金等の交付の有無

|  |  |
| --- | --- |
| ㉕別事業による補助金等の交付の有無 | 外国人介護人材資格取得支援事業と同趣旨の事業による補助金等の交付を |
| ア　受けていない　・　イ　受けている　・　ウ　受ける予定（ア、イ、ウのいずれかに○を付けてください。） |
| ※イ又はウに○を付けた場合は、具体的な補助金等の名称及び金額を記載 |
| 名称 | 金額　　　　　　　　　円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 番号 | 　２ |

様式１－２の別添（資格取得支援対象職員）

（１）支援対象職員氏名等

|  |  |
| --- | --- |
| ⑪氏　　名 | ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |
| ⑫生年月日 | 年　月　日　（　　　歳） | ⑬国　　籍 |  |
| ⑭採用年月日 | 年　月　日 | ⑮雇用（予定）期間 | 年　月　日～　　年　月　日 まで |
| ⑯在留資格 |  | ⑰在留期間 | 年　月　日～　　年　月　日 まで |
| ⑱住　　所 | （〒　　　－　　　） |
| ⑲電話番号 |  |

（２）受講した実務者研修

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⑳受講施設等 | 研修指定事業者名 |  |
| 研 修 名 |  |
| クラス名 |  |
| 通学・通信の別 |  |
| 所 在 地 |  |
| 電話番号 |  |
| ㉑受講期間 | 　　　　年　　月　　日 から 　　　　年　　月　　日 まで |
| ※研修の受講を　ア　修了している　　イ　修了する予定（ア又はイのいずれかに○を付けてください。） |
| ㉒受 講 料（法人負担予定額） | 　　　　　　　　　　　　　円 |
| ㉓申 請 額(上限６万円) | 　円 |
| （㉒受講料と６万円を比較し、少ない方の額を記載してください。） |

（３）仕事の内容等

|  |  |
| --- | --- |
| ㉔仕事の内容 |  |

（４）外国人介護人材資格取得支援事業と同趣旨の事業による補助金等の交付の有無

|  |  |
| --- | --- |
| ㉕別事業による補助金等の交付の有無 | 外国人介護人材資格取得支援事業と同趣旨の事業による補助金等の交付を |
| ア　受けていない　・　イ　受けている　・　ウ　受ける予定（ア、イ、ウのいずれかに○を付けてください。） |
| ※イ又はウに○を付けた場合は、具体的な補助金等の名称及び金額を記載 |
| 名称 | 金額　　　　　　　　　円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 番号 | 　３ |

様式１－２の別添（資格取得支援対象職員）

（１）支援対象職員氏名等

|  |  |
| --- | --- |
| ⑪氏　　名 | ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |
| ⑫生年月日 | 年　月　日　（　　　歳） | ⑬国　　籍 |  |
| ⑭採用年月日 | 年　月　日 | ⑮雇用（予定）期間 | 年　月　日～　　年　月　日 まで |
| ⑯在留資格 |  | ⑰在留期間 | 年　月　日～　　年　月　日 まで |
| ⑱住　　所 | （〒　　　－　　　） |
| ⑲電話番号 |  |

（２）受講した実務者研修

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⑳受講施設等 | 研修指定事業者名 |  |
| 研 修 名 |  |
| クラス名 |  |
| 通学・通信の別 |  |
| 所 在 地 |  |
| 電話番号 |  |
| ㉑受講期間 | 　　　　年　　月　　日 から 　　　　年　　月　　日 まで |
| ※研修の受講を　ア　修了している　　イ　修了する予定（ア又はイのいずれかに○を付けてください。） |
| ㉒受 講 料（法人負担予定額） | 　　　　　　　　　　　　　円 |
| ㉓申 請 額(上限６万円) | 　円 |
| （㉒受講料と６万円を比較し、少ない方の額を記載してください。） |

（３）仕事の内容等

|  |  |
| --- | --- |
| ㉔仕事の内容 |  |

（４）外国人介護人材資格取得支援事業と同趣旨の事業による補助金等の交付の有無

|  |  |
| --- | --- |
| ㉕別事業による補助金等の交付の有無 | 外国人介護人材資格取得支援事業と同趣旨の事業による補助金等の交付を |
| ア　受けていない　・　イ　受けている　・　ウ　受ける予定（ア、イ、ウのいずれかに○を付けてください。） |
| ※イ又はウに○を付けた場合は、具体的な補助金等の名称及び金額を記載 |
| 名称 | 金額　　　　　　　　　円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 番号 | 　４ |

様式１－２の別添（資格取得支援対象職員）

（１）支援対象職員氏名等

|  |  |
| --- | --- |
| ⑪氏　　名 | ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |
| ⑫生年月日 | 年　月　日　（　　　歳） | ⑬国　　籍 |  |
| ⑭採用年月日 | 年　月　日 | ⑮雇用（予定）期間 | 年　月　日～　　年　月　日 まで |
| ⑯在留資格 |  | ⑰在留期間 | 年　月　日～　　年　月　日 まで |
| ⑱住　　所 | （〒　　　－　　　） |
| ⑲電話番号 |  |

（２）受講した実務者研修

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⑳受講施設等 | 研修指定事業者名 |  |
| 研 修 名 |  |
| クラス名 |  |
| 通学・通信の別 |  |
| 所 在 地 |  |
| 電話番号 |  |
| ㉑受講期間 | 　　　　年　　月　　日 から 　　　　年　　月　　日 まで |
| ※研修の受講を　ア　修了している　　イ　修了する予定（ア又はイのいずれかに○を付けてください。） |
| ㉒受 講 料（法人負担予定額） | 　　　　　　　　　　　　　円 |
| ㉓申 請 額(上限６万円) | 　円 |
| （㉒受講料と６万円を比較し、少ない方の額を記載してください。） |

（３）仕事の内容等

|  |  |
| --- | --- |
| ㉔仕事の内容 |  |

（４）外国人介護人材資格取得支援事業と同趣旨の事業による補助金等の交付の有無

|  |  |
| --- | --- |
| ㉕別事業による補助金等の交付の有無 | 外国人介護人材資格取得支援事業と同趣旨の事業による補助金等の交付を |
| ア　受けていない　・　イ　受けている　・　ウ　受ける予定（ア、イ、ウのいずれかに○を付けてください。） |
| ※イ又はウに○を付けた場合は、具体的な補助金等の名称及び金額を記載 |
| 名称 | 金額　　　　　　　　　円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 番号 | 　５ |

様式１－２の別添（資格取得支援対象職員）

（１）支援対象職員氏名等

|  |  |
| --- | --- |
| ⑪氏　　名 | ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |
| ⑫生年月日 | 年　月　日　（　　　歳） | ⑬国　　籍 |  |
| ⑭採用年月日 | 年　月　日 | ⑮雇用（予定）期間 | 年　月　日～　　年　月　日 まで |
| ⑯在留資格 |  | ⑰在留期間 | 年　月　日～　　年　月　日 まで |
| ⑱住　　所 | （〒　　　－　　　） |
| ⑲電話番号 |  |

（２）受講した実務者研修

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⑳受講施設等 | 研修指定事業者名 |  |
| 研 修 名 |  |
| クラス名 |  |
| 通学・通信の別 |  |
| 所 在 地 |  |
| 電話番号 |  |
| ㉑受講期間 | 　　　　年　　月　　日 から 　　　　年　　月　　日 まで |
| ※研修の受講を　ア　修了している　　イ　修了する予定（ア又はイのいずれかに○を付けてください。） |
| ㉒受 講 料（法人負担予定額） | 　　　　　　　　　　　　　円 |
| ㉓申 請 額(上限６万円) | 　円 |
| （㉒受講料と６万円を比較し、少ない方の額を記載してください。） |

（３）仕事の内容等

|  |  |
| --- | --- |
| ㉔仕事の内容 |  |

（４）外国人介護人材資格取得支援事業と同趣旨の事業による補助金等の交付の有無

|  |  |
| --- | --- |
| ㉕別事業による補助金等の交付の有無 | 外国人介護人材資格取得支援事業と同趣旨の事業による補助金等の交付を |
| ア　受けていない　・　イ　受けている　・　ウ　受ける予定（ア、イ、ウのいずれかに○を付けてください。） |
| ※イ又はウに○を付けた場合は、具体的な補助金等の名称及び金額を記載 |
| 名称 | 金額　　　　　　　　　円 |