様式５－２

宮城県外国人介護人材資格取得支援事業費補助金実績報告書

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 | 受講者氏名 | 年齢 | 実務者研修  実施事業者 | 法人の受講料負担額  （実際に支出した額） |
| 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（※実際に代替職員を配置した場合のみ記入）

* 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した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  配置日・日数 | 代替職員  勤務時間 |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  | 配置日数　　　　　日 | |

４　申請額

|  |  |
| --- | --- |
| ⑥法人の受講料負担額  （実際に支出した額） | 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対象経費の支出済額  （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）

（１）研修受講料補助に係る書類

・別添「資格取得支援対象職員」

・受講者の介護福祉士実務者研修修了証の写し

・受講者又は法人が実務者研修の受講料を支払ったことが確認できる書類（研修実施機関が発行した領収書の写し等）

・（研修受講料の支払いを受講者が行い、受講者に受講料の一部又は全額を支給した場合）支給明細書の写し

・その他知事が必要と認める書類

（２）代替職員人件費補助に係る書類（※実際に代替職員を配置した場合のみ添付）

・受講研修のスクーリング日程表

・代替職員の給与等が支払われたことが確認できる書類（給与明細、派遣料領収書の写し等）

・受講した介護職員及び代替職員の出勤状況が確認できる書類（代替配置した月に係る出勤簿、タイムカードの写し等）

|  |  |
| --- | --- |
| 番号 | １ |

様式５－２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 | |
| ㉒受 講 料（法人負担済額） | 円 | |
| ㉓確 定 額  (上限６万円) | 円 | |
| （㉓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５－２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 | |
| ㉒受 講 料（法人負担済額） | 円 | |
| ㉓確 定 額  (上限６万円) | 円 | |
| （㉓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５－２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 | |
| ㉒受 講 料（法人負担済額） | 円 | |
| ㉓確 定 額  (上限６万円) | 円 | |
| （㉓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５－２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 | |
| ㉒受 講 料（法人負担済額） | 円 | |
| ㉓確 定 額  (上限６万円) | 円 | |
| （㉓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５－２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 | |
| ㉒受 講 料（法人負担済額） | 円 | |
| ㉓確 定 額  (上限６万円) | 円 | |
| （㉓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 |