（別紙様式第２　別表２）

令和　　　　年　　　　月　　　　日

　　　島根県知事　 様

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 申請者名 |  |
| 代表者職氏名 |  |

新任介護職員定着支援事業　事業実施変更計画書

記

１．補助金の積算

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 総事業費 | 寄付金又は その他の収入額 | 差引額 | 対象経費 支出予定額 | 選定額 | 基準額 | 変更交付  申請額 | 既交付  決定額 | 追加交付  （一部取消）額 |
| Ａ | Ｂ | Ｃ（Ａ－Ｂ） | Ｄ | Ｅ（ＣまたはＤ×3/4） | Ｆ | Ｇ | Ｈ | Ｉ（Ｇ－Ｈ） |
|  |  |  |  |  | **３００，０００** |  |  |  |

|  |
| --- |
| ＊Ｅ欄は、Ｃ欄とＤ欄を比較して少ない方の額に４分の３を乗じて得た額を記入すること。（1,000円未満切捨）  ＊Ｆ欄は、３００，０００円を記入すること。 |
| ＊Ｇ欄は、Ｅ欄と、Ｆ欄を比較して少ない額とする。 |

２．内訳

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受入施設  ・事業所 | 名称 |  | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | |
| 種別 |  | | | | | | | | | |
| 研修受講者の氏名 | |  | | | | | 従事業務内容 | | | |  |
| 勤務年数 | | 年　　　　月　　　　日採用　　勤続年数　　　　　　年　　　　　ヶ月 | | | | | | | | | |
| 養成講座の受講計画等 | 講座名 | 介護職員初任者研修( ) | | | | | | | | | |
| 主催者 |  | | | | | | | | | |
| 受講期間 | 年　　　　月　　　　日　～　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | |
| コース | **＊いずれかを○囲み** 通 　　学　　　　・　　　　通　　 信 | | | | | | | | | |
| 事業実施年度 | | 令和 年度（単年度） | | | | | | | | | |
| 所要見込額 | |  | | | 金　額 | | | | 積　算　内　訳 | | |
| 人　　件　　費① | | |  | | | |  | | |
|  | 賃金 | |  | | | | （削　除） | | |
| 通学手当 | |  | | | | 研修会場への交通費 | | |
| 研修受講経費② | | |  | | | |  | | |
|  | 入学金 | |  | | | |  | | |
| 受講料 | |  | | | |  | | |
| 教材費等 | |  | | | |  | | |
| 合計（①＋②） | | |  | | | |  | | |
| 事務担当者職氏名 | | 職名 | |  | | 氏名 | |  | | | |
| 電話番号 | |  | | | | ＦＡＸ番号 | | | |  | |
| メールアドレス | |  | | | | | | | | | |