（第２号様式）

　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

　社会福祉法人　山口県社会福祉協議会会長　　様

申請者　〒

住　　　所

法人等名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　印

ＴＥＬ　　　　　　　　ＦＡＸ

平成２９年度介護職員初任者研修支援事業助成金の実績報告書

平成２９年度に交付決定を受けた介護職員初任者研修支援事業に係る事業実績について、関係書類を添えて報告します。

記

１　実績及び収支計算書（第２号様式①）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 【１】 | 【２】 |
| 法人等が経営する  施設又は事業所名 |  |  |
| 研修機関の名称 |  |  |
| 研修受講時期 |  |  |
| 受講人数 | 人 | 人 |

２　各研修修了者の「介護職員初任者研修修了証明書」の写し

３　各研修修了者が介護事業所の職員であることが確認できる書類（雇用契約の写し等）

　４　事業者が受講料等を負担したことを確認できる書類（領収証等）

（第２号様式①）

平成２９年度　介護職員初任者研修支援事業　収支報告書

　収　入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　　　目 | 金　　　額 | 摘　　　要 |
| 支援事業助成金（Ａ） | 円 | （百円未満切り捨て） |
| 自　己　資　金 | 円 |  |
| そ　　の　　他 | 円 |  |
| 合　　　　計　（Ｂ） | 円 | （Ｃ）と一致のこと |

　支　出

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　　　目 | 金　　　額 | 摘　　　要 |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
| 合　　　　計　（Ｃ） | 円 | （Ｂ）と一致のこと |

　＊法人等を運営する事業体で一括整理してください。