

別記第4号様式(第9条関係)



函館市介護職員研修受講促進支援事業費補助金実績報告書

平成29年10月10日

函館市長様

住所 函館市本町35番1号  
補助事業者 法人名 株式会社ケア  
代表者名 <sup>代表取締役</sup> 塚 正英

補助事業名 函館市介護職員研修受講促進支援事業

平成29年7月6日函福介をもって補助金の交付の決定を受けた上記補助事業は、平成29年9月26日に完了したので、函館市介護職員研修受講促進支援事業費補助金交付要綱第9条の規定により、関係書類を添えて報告します。

補助金交付決定通知額 金41,000円

補助金領収済額 金 0円

補助金領収未済額 金41,000円

別記第5号様式 (第9条関係)

研修修了者および受講料負担額一覧

No.	①受講者に関する事項					②研修に関する事項		③受講料負担額等		
	研修修了者	生年月日	性別	事業所名	雇用契約年月日	雇用形態	研修実施機関	研修期間	受講料負担額	市補助所要額
1				ヘルパーステーション あーる			ニチイ学館	7/24~9/25	83,160円	41,000円
2									円	円
3									円	円
4									円	円
5									円	円
実績額⇒									41,000円	

※ 雇用形態の欄は、上段には正規・非正規の別を、下段には常勤・非常勤の別を記載すること。

※ 市補助所要額の欄は、受講料負担額に2分の1を乗じた額とし、千円未満の端数は切り捨てる。ただし、1人につき5万円を上限とする。