別記第２号様式（第７条，第10条関係）

函館市介護助手活用促進事業雇用奨励金

事　業　計　画　書

　　年　　月　　日

住　　所

事業者名

代表者名

担当者職・氏名

TEL

１．実施事業所

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 | 〒函館市 |
| 代表者名 |  |
| ２．支出見込 |
| 雇用予定者No. | 雇用見込期間 | 人件費見込額 | 雇用奨励金見込額（1,000円未満端数切捨て） |
| 雇用予定者１ | 　年　　月～　　年　　月　 | 円 | 円　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 雇用予定者２ | 　年　　月～　　年　　月　 | 円 | 円 |
| 雇用予定者３ | 　年　　月～　　年　　月　 | 円 | 円 |
| 雇用予定者４ | 　年　　月～　　年　　月　 | 円 | 円 |
| 雇用予定者５ | 　年　　月～　　年　　月　 | 円 | 円 |
| 申請額（雇用奨励金見込額の計） | 円 |

 ※短期雇用する介護助手の雇用期間は3か月間とし，雇用奨励金は介護助手１人当たり

10万円を上限とします

※雇用予定者が５名を超える場合は記入欄を増やして下さい

４．事業計画

|  |  |
| --- | --- |
| 現状の課題等 | 　 |
| 事業計画 | (1) 介護助手が担う業務について |
| 　 |
| (2) 地域への周知・広報の手法について |
|  |
| (3)雇用した介護助手への業務指導について |
|  |

５．確認事項（該当する項目に✓）

□ 介護助手の雇用に係る人件費に対して，他から助成・貸付を受けていない。

□ 短期雇用契約満了後に継続して介護助手を雇用する意向がある。

　※該当しない項目がある場合，雇用奨励金の補助対象となりません。