

別記第1号様式（第7条関係）

函館市介護助手活用促進事業雇用奨励金交付申請書

令和〇年△月□日

函館市長 様

住 所 函館市東雲町4番13号  
申請者 事業者名 株式会社〇〇  
代表者名 代表取締役 〇〇 〇〇

函館市介護助手活用促進事業に関し、雇用奨励金の交付を受けたいので、函館市介護助手活用促進事業雇用奨励金交付要綱第7条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1 交付対象事業等の目的およびその概要

介護職が専門性の高い業務に集中して携わることができるよう、労働環境の改善を図ることを目的に、介護サービス事業所における介護職の業務の見直し等を行い、地域人材を「介護助手」として雇用する。

2 交付対象事業の着手および完了の予定期日

着 手 令和〇年 6月 1日  
完 了 令和〇年 12月 31日

3 介護助手の雇用に係る人件費 金 321,000円

4 雇用奨励金交付申請額 金 300,000円

【記載例】

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

令和〇年△月□日

住 所 函館市東雲町4番13号

事業者名 株式会社〇〇

代表者名 代表取締役 〇〇 〇〇

担当者職・氏名 事務係長・△△ △△

TEL 0138-21-3289

1. 実施事業所

事業所名	デイサービスセンター〇〇
所在地	〒040-8666 函館市△町◇番〇号
代表者名	センター長 △△

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	R5年 6月～ R5年 8月	120,000円	100,000円
雇用予定者 2	R5年 6月～ R5年 8月	106,000円	100,000円
雇用予定者 3	R5年11月～ R6年 1月	95,500円	95,000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）			295,000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

<p>現状の課題等</p>	<p>介護職を募集しても人が集まらず、ギリギリの職員数で日々の業務を行っており、介護職が専門性の高い身体介護を伴う生活援助等の業務のほか、洗濯や利用者の身の回りの清掃にも、多くの時間がとられている状況である。</p> <p>そのため、労働環境の改善に取り組み、職員が働きやすい職場にし、介護職の定着を図りたい。</p>
<p>事業計画</p>	<p>(1) 介護助手が担う業務について</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・皿洗い、ベッドメイキング、清掃などの介護に付随する業務全般</li> <li>・利用者の話し相手としての役割</li> <li>・オリエンテーション等を円滑に開催するための補助職員としての役割</li> </ul>
	<p>(2) 地域への周知・広報の手法について</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護助手の募集に関するポスターを作成し、関連施設や町会館などの地域住民が訪れやすい場所へ設置する</li> <li>・施設のHPやSNSを活用し、介護助手の募集を積極的に周知する</li> </ul>
	<p>(3) 雇用した介護助手への業務指導について</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・雇用した介護助手に対し、施設の概要や介護助手業務の内容等を説明するためのオリエンテーションを行う。</li> <li>・雇用した介護助手の業務について、フロア責任者が研修担当者として指導し、トラブル等が発生した際は、介護助手をフォローする体制を整える。</li> </ul>

#### 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。

別記第3号様式（第7条，第10条関係）

### 交付対象経費予算書

雇用予定者No.	事業所名	事業所住所	人件費見込額 A	雇用奨励金見込額 (1,000円未満端数切捨て)
雇用予定者 1	デイサービスセンター〇〇	函館市△町◇番〇号	120,000円	100,000円
雇用予定者 2	デイサービスセンター〇〇	函館市△町◇番〇号	120,000円	100,000円
雇用予定者 3			円	円
雇用予定者 4			円	円
雇用予定者 5			円	円

函館市内に所在する事業所のみ対象となります

※100,000円以上の場合は100,000円と記入して下さい

申請額⇒ 200,000円

※雇用奨励金見込額の計を記入して下さい

#### 【人件費見込額 A 確認表】

	時給 a	1日の労働時間 b	労働日数 c	人件費見込額 A (a×b×c)
時給の場合	1000円	4時間	30日	120,000円

	月給 d	労働月数 e	人件費見込額 A (d×e)
月給の場合	円	3月	円

「1月の労働日数×3」を記載して下さい  
例：1月に15日働く場合  
15日×3＝45日

※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

※人件費見込額（支払予定賃金(賃金は基本給のみを対象とし，手当等は対象外とします)）は，時給の場合「時給×1日の労働時間×労働日数」，月給の場合「月給×労働月数」で計算した金額を記入して下さい

※雇用期間は3か月間とします。雇用期間が3か月間に満たない場合は，雇用奨励金の交付の対象となりません

※雇用奨励金見込額は人件費見込額が100,000円以上の場合は100,000円，それ以下の場合は人件費見込額の1,000円未満の端数を切捨てた金額を記入して下さい