

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31年 1月15日

函 館 市 長 様

住 所 函館市富岡町1丁目3番2号
補助事業者 法人名 株式会社 H・S・M
代表者名 代表取締役 油谷 昌子 印

補助事業名 函館市介護職員研修受講促進支援事業

平成30年 9月 4日函福包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30年12月20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ともえ	■	■	ニチイ青森校 函館教室	平成30年9月5日～ 平成30年12月19日	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。