

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 30 年 7 月 30 日

函 館 市 長 様

住 所 〒042-0932 函館市湯川町2-16-1
補助事業者 法人名 株式会社 メディカルオフィス・創健
代表者名 代表取締役 小笠原 実
TEL 0138-36-1055 FAX 0138-36-1056

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 4 月 20 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 7 月 30 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	36000 円
補助金領収済額	金	円
補助金領収未済額	金	36000 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	■	■	■	グループホーム	■	■	三幸福祉カレッジ	H. 30. 5. 7 ~ H. 30. 6. 26	72414	36000
2				ひなた園		■			円	円
3									円	円
4									円	円
5									円	円
実績額⇒									36000	

※ 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。