



別記第4号様式 (第9条関係)

函館市介護職員初任者研修受講支援事業費補助金実績報告書

令和 1 年 8 月 29日

函 館 市 長 様

住 所 函館市上湯川町 45 番 4 号  
補助事業者法人名 合同会社 笑満  
代表者名 代表社員 川村 彩子

補助事業名 函館市介護職員初任者研修受講支援事業

令和 1 年 6 月 5 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、令和 1 年 8 月 2 日に完了したので、函館市介護職員  
初任者研修受講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 43,000 円

補助金領収済額 金 0 円

補助金領収未済額 金 43,000 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

| 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 |         |
|------------|-------|------|----|--------------------|---------------|----------|-------------|----------------------------|----------|---------|
| No.        | 研修修了者 | 生年月日 | 性別 | 事業所名               | 雇用契約<br>年 月 日 | 雇用<br>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          |       |      |    | ヘルパースデー<br>ジョンえんまん |               |          | 三幸福祉カレッジ函館校 | 令和1年6月11日<br>～<br>令和1年8月2日 | 86,184円  | 43,000円 |
| 2          |       |      |    |                    |               |          |             |                            | 円        | 円       |
| 3          |       |      |    |                    |               |          |             |                            | 円        | 円       |
| 4          |       |      |    |                    |               |          |             |                            | 円        | 円       |
| 5          |       |      |    |                    |               |          |             |                            | 円        | 円       |
| 実績額        |       |      |    |                    |               |          |             |                            | 43,000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。