

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2年 3月 26日

函 館 市 長 様

住 所 函館市本町30番

補助事業者 法人名 医療法人大庚会

代表者名 理事長 今 均

補助事業名 函館市介護職員初任者研修受講支援事業

令和元年9月26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2年3月9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

| 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<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<br>市補助所要額   |
| 1    |            |      |    | 通所リハビリ<br>テーション今整<br>形外科 |               |           | 三幸福祉カレッジ | 令和元年10月8日～<br>令和2年3月9日 | 86,184円<br>43,000円 |
| 2    |            |      |    |                          |               |           |          |                        | 円                  |
| 3    |            |      |    |                          |               |           |          |                        | 円                  |
| 4    |            |      |    |                          |               |           |          |                        | 円                  |
| 5    |            |      |    |                          |               |           |          |                        | 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。