

第5号様式

第 号

令和×年×月×日

新潟県知事 ○○ ○○ 様

補助事業者住所 **新潟市中央区新光町4番地1**

名称 **社会福祉法人 ○○福祉会**

代表者の職、氏名 **理事長** □□ □□

令和×年度介護人材確保推進事業費補助金の事業実績について（報告）

令和○年○月○日付け高齢第○○号で交付決定を受けた標記補助金に係る事業実績について、新潟県補助金等交付規則第12条の規定により、下記のとおり報告します。

記

1 事業名 **現任者向け資格取得支援事業**

2 添付書類 ・○○

・○○

⋮

（注）所要額調書、事業計画書、歳入歳出予算（見込）書抄本その他の添付書類は、その都度別に定める

県から送付された「交付決定通知」の右上の日付及び文書番号を記入してください。

現任者向け資格取得支援事業実施結果報告書

1 受講修了研修等

研修等名	実施人数	
初任者研修		名
実務者研修	1	名
介護福祉士国家試験	3	名
	(延べ) 計	4 名

2 現任者向け資格取得支援事業と同趣旨の事業による補助金等の交付の有無

現任者向け資格取得支援事業と同趣旨の事業による補助金等の交付を

受けた

※「受けた」又は「受ける予定」の場合は、具体的な補助金等の名称及び金額を記載

名称	A市実務者研修受講助成金	
金額	計	42,000 円
	上記概要	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者：〇〇 〇〇（実務者研修） ・県の補助申請額を除いた金額でA市に申請する。補助率は1/2。 (120,000-36,000) × 1/2 = 42,000

様式第3号

3 現任者向け資格取得支援事業経費精算書

(単位：円)

対象研修等	総事業費 A	寄付金 その他収入額 B	差引額 C (A-B)	補助対象 経費 D	CとDのうち 少ない額 E	基準額 F	補助率 G	補助金 所要額 H
初任者研修						100,000 × 名 = 0		
実務者研修	120,000	0	120,000	110,000	110,000	150,000 × 1 名 = 150,000	1/3	36,000
介護福祉士 国家試験	68,140	0	68,140	58,140	58,140	50,000 × 3 名 = 150,000	2/3	38,000
合計	188,140	0	188,140	168,140	168,140			74,000

※D欄には総事業費のうち本補助事業の対象となる金額（入学金やテキスト代を除いた受講料等のうち、法人等が負担した額）を記入してください。

※H欄には、様式第3号の4における受講者ごとの補助金所要額を対象研修等ごとに集計した額を記載してください。

様式第 4 号

在職証明書

※介護職員が対象となるため、身体援助業務についていない「事務職員」等は補助対象外

勤務先事業所名	氏名	生年月日	就職年月日	書類提出日現在 在職の有無 在職して (いる・いない)	左記「いない」場合、退職年月日	仕事内容
特養〇〇	〇〇 〇〇	H7. ×. ×	H29. ×. ××	いる		介護職
特養△△	△△ △△	S63. ×. ×	R1. ×. ××	いる		介護職
老健□□	□□ □□	S64. ×. ×	H30. ×. ××	いる		介護職

実績報告提出日において退職している場合、補助対象外となります。

上記の者は、実績報告提出日現在において当法人に勤務していることを証明する。

令和×年×月×日

法人名	社会福祉法人〇〇福祉会
住所	新潟市中央区新光町4番地1
代表者職名	理事長
氏名	□□ □□
担当者氏名	新潟 花子
電話番号	025-280-5272