第２号様式（第５条、第８条、第９条関係）

~~事業計画書~~（事業実績書~~、変更事業計画書~~）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | （フリガナ）  対象者氏名  生年月日（年齢） | 雇用開始年月日 | 施設が支給  した金額 | 内容 | 申請する補助金額※１ |
| 介護福祉士資格  登録年月日 |
| １ | （　　　　　　　　）  年　　月　　日（　才） | 年　　月　　日 | 円 |  | 円 |
| 年　　月　　日 |
| ２ | （　　　　　　　　）  年　　月　　日（　才） | 年　　月　　日 | 円 |  | 円 |
| 年　　月　　日 |
| ３ | （　　　　　　　　）  年　　月　　日（　才） | 年　　月　　日 | 円 |  | 円 |
| 年　　月　　日 |
| ４ | （　　　　　　　　）  年　　月　　日（　才） | 年　　月　　日 | 円 |  | 円 |
| 年　　月　　日 |
| 合計金額 | | |  |  |  |

※１　該当する介護職員に対し、対象施設が支給した金額の２分の１（１人当たり上限５万円）とする。

※人数が増える場合は同じ様式を追加して記入してください。