第２号様式

　　年度外国人介護人材雇用インセンティブ補助金事業計画書

　 　　　　　年　　月　　日

報告担当者（職・氏名）

報告担当者連絡先

（電　話）

（メール）

１　基本情報

|  |  |
| --- | --- |
| 事業実施主体  （法人名又は個人名） |  |
| 上記で法人の場合は  代表者（職・氏名） |  |
| 上記事業実施主体の所在地 | 郵便番号：  住所： |
| 外国人介護人材を受け  入れる事業所名 |  |
| 上記事業所の所在地 | 郵便番号：  住所： |
| 上記事業所の  介護サービスの種別 |  |
| 令和３年度以降、受け入れ予定である外国人介護人材の在留資格 | 在留資格： |

２　　補助対象経費（県交付決定後の経費のみ対象）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | 補助対象経費 | 金額（単位：円） | 補助率 |
| １ | 監理団体等初回手数料 |  | 1/2以内 |
| ２ | 雇用する外国人介護人材の渡航費用 |  | 1/2以内 |
| ３ | 雇用する外国人介護人材の入国前費用（手続き、検診、保険等） |  | 1/2以内 |
| ４ | 雇用する外国人介護人材の移動費用  （例：福岡～大分） |  | 1/2以内 |
| ５ | 雇用する外国人介護人材の居住場所準備にかかる経費（礼金、手数料）  ※ 敷金は返還があるため対象外とする。 |  | 1/2以内 |
| 合計（総事業費） | |  |  |

３　事業開始予定日、事業完了予定日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業開始予定日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 事業完了予定日 | 令和　　年　　月　　日 |

第３号様式

収支予算書

１　収入　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 予算額 | 備考 |
| 県補助額 |  |  |
| 事業実施主体負担額 |  |  |
| 寄付金その他の収入額 |  |  |
| 合計 |  |  |

２　支出　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 予算額 | 備考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合計 |  |  |