様式第１号（第６条関係）

事　業　計　画　書

　　年　　月　　日

神 戸 市 長　宛

住　　所

法 人 名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

神戸市介護従事者資格取得研修受講費補助金の交付にかかる事業計画について，下記のとおり提出します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の名称 |  |
| 事業所の所在地 | 〒　　 　－ |
| 担当者名 | （氏名）　　　　　　　　　　　（電話番号） |
| 事業所登録 | 登録区分 | □ 登録喀痰吸引等事業者 　□ 登録特定行為事業者 |
| 登録有無 | □ 登録済 □ 登録申請中 □ 登録予定 |
| 受講期間（予定） | 年　　　　月　　　～　　　　　年　　　　月　　　 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 受講者氏名（予定） | 登録研修機関名（予定） | 受講費（予定） | 受講費のうち法人負担額（予定） | 補助金交付申請額（予定）（※） |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |

※受講費のうち法人負担額に２分の１を乗じて得た額以内（１人につき，上限額６万円）の額を記入。

※ただし，当該額に1,000円未満の端数が生じたときは，切り捨てる。

|  |  |
| --- | --- |
| 添付書類 | １　登録研修機関の受講費の内訳がわかる資料２　その他市長が必要と認める書類 |