仙台市強度行動障害支援者養成研修費補助金交付申請書

様式第１号（第７条関係）

年　　月　　日

（あて先）仙台市長

申請者　住　所

法人名

代表者　　　　　　　　　　　　　　㊞

仙台市強度行動障害支援者養成研修補助金交付要綱第７条の規定により，次のとおり補助金を交付されるよう，関係書類を添えて申請します。

記

　１．事業所の名称等

　　　　事業所名

　　　　サービス種別

　　　　所在地

　２．交付申請額　　金　　　　　　　　　円（下記⑤の合計額）（※千円未満切捨）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 基礎研修課程 | 実践研修課程 |
| ①法人の受講料負担予定額  （千円未満切捨て） | 円 | 円 |
| ②受講料上限額 | 円 | 円 |
| ③受講料  （①と②を比較して低い額） | 円 | 円 |
| ④代替職員の人件費相当額 | 円 | 円 |
| ⑤対象経費の支出予定額（補助所要額）  （③と④の合計額） | 円 | 円 |

　　（算出根拠）

（注）補助対象の受講者ごとに作成した様式第１号別紙「事業計画書」４の申請額（受講者が複数の場合は，合計した額）を記入すること。また，②及び④には，交付要綱別表の一人当たりの基準額に補助対象となる受講者数を乗じたものを記入すること。

添付書類

１　事業計画書（様式第１号別紙）

２　市税納付状況確認同意書

３　暴力団排除に関する誓約書

４　その他市長が必要と認める書類

事　　業　　計　　画　　書

様式第１号別紙

１　受講者

|  |  |
| --- | --- |
| ①氏名 |  |
| ②生年月日 | 年　　　月　　日 |

２　受講者が従事する施設（事業所）

|  |  |
| --- | --- |
| ①施設（事業所）の名称 |  |
| ②事業種別 |  |
| ③所在地 | 〒 |
| ④担当者氏名及び連絡先 | 氏　名：  電　話： |

３　強度行動障害支援者養成研修指定事業者

|  |  |
| --- | --- |
| ①研修事業者名 |  |
| ②クラス名 |  |
| ③種別（通学・通信の別） |  |
| ④研修期間 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |

４　申請額

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 基礎研修課程 | 実践研修課程 |
| ①法人の受講料負担予定額  （千円未満切捨て） | 円 | 円 |
| ②受講料上限額 | 25,000円 | 25,000円 |
| ③受講料  （①と②を比較して低い額） | 円 | 円 |
| ④代替職員の人件費相当額 | 14,000円 | 14,000円 |
| ⑤対象経費の支出予定額（補助所要額）  （③と④の合計額） | 円 | 円 |

注１：受講者ごとに記載すること。

注２：上記の受講者が「宮城県地域医療介護総合確保事業(介護分：介護従事者の確保に関する事業)補助金」※の対象者に該当しない理由について、以下のいずれかにチェックを付けてください。

* 採用５年以上であるため
* 宮城県の補助金に該当する者を同一法人から既に５名申し込んでいるため
* 宮城県の補助金が定員超過により締め切られたため
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※　宮城県地域医療介護総合確保事業（介護分：介護従事者の確保に関する事業）補助金

　・事業所の従業者に介護職員初任者研修や障害福祉関連の研修を受講させる場合に、研修受講費用及び

代替職員の人件費を補助するもの。

・対象となる従業者：採用５年以内の者

・１法人あたりの申請は５人を限度とする。

・補助予定人数を超える応募があった場合、その時点で募集締め切りとなる。