様式第６号（第９条関係）

仙台市強度行動障害支援者養成研修費補助金実績報告書

年　　月　　日

（あて先）仙台市長

申請者　住　所

名　称

代表者

　年　　月　　日付仙台市（健障支）指令第　　　号で交付決定の通知のありました標記の補助金について，下記のとおり実施しましたので，仙台市強度行動障害支援者養成研修費補助金交付要綱第９条の規定により関係書類を添えて報告します。

記

１．補助金所要額　　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対象経費の支出済額（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６号別紙「事業報告書」４の実績額（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　事業報告書（様式第６号別紙）

２　受講者が勤務時間内に研修を受講したことが分かる書類

３　法人の受講料負担額が分かる書類

４　受講者の研修修了証の写し

５　その他市長が必要と認める書類

様式第６号別紙

事 業 報 告 書

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　実績額

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 基礎研修課程 | 実践研修課程 |
| ①法人の受講料負担額  （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 | 15,000円 | 15,000円 |
| ⑤対象経費の支出済額（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。