

番号	1
----	---

支援対象職員が複数人いる場合は、
番号を振ってください。

1 支援対象職員氏名等

① 氏 名	フリガナ コバトン・ハナコ	② 生年月日	平成10 年 11 月 3 日
	コバトン・花子		
③ 住 所	〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1 介護福祉士国家資格取得が処遇改善の要件となっている場合は、 必ず受験番号を記入してください。		

2 介護福祉士国家試験受験番号（介護福祉士国家資格取得が処遇改善の要件となっている場合のみ記入）

④ 受験番号	K110-○△□◇
--------	-----------

3 受講した実務者研修

修了証明書に記載されている修了日をご記入ください。

⑤ 研修機関	名 称	○▽□福祉専門学校	
	所 在 地	さいたま市○○区□□4-5-6	
	電話番号	048-□▽○-○○□○	
⑥ 受講期間	令和8 年 5 月 1 日 から 令和8 年 10 月 15 日 まで		
⑦ 受講料	77,000 円(税抜)		
⑧ 受講料の1/2	38,500 円(税抜)		
⑨ 交付申請額 (上限10万円)	38,500 円(税抜) (⑧受講料の1/2の金額と10万円を比較し、少ない方の金額を記載してください)		

受講料+テキスト代
※入学金や手数料は含みません。
※税抜きの金額を記入してください。

この金額を『別紙1-1 計画書』の支援対象職員ごとの「交付申請額」に記入してください。

4 介護職員

⑩ 別事業による 補助金等の交付の 有無	ア 有	イ 予定有	ウ 無	(いずれかに○)
----------------------------	-----	-------	-----	----------

※ 支援対象職員が複数人いる場合は、支援対象職員ごとにシートを作成してください。