別紙様式１

　　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： |
| 外国人介護人材の雇用状況（人数） | ※２回目以降の補助希望の場合のみご記入ください。前年度末現在：　　人今年度末見込（雇用予定含む）：　　人 |

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 |

別紙様式２

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 |  |  |

別紙様式３

令和　　年　　月　　日

外国人介護人材雇用インセンティブ補助金に係る市町村意見書

　　　１　介護保険事業計画に、介護人材の確保・資質の向上、業務の効率化・

　　　　質の向上に関する事項を位置付けているか。

は　い　・　いいえ

　　　２　介護人材の確保に向け、介護サービス事業者・教育関係者等と連携し

　　　　て行う取組等の実施予定について（自由記載）

　　　３　当市（町村）内で外国人介護人材雇用インセンティブ補助金を活用する

　　　　事業所について（自由記載）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　市町村長名　　　　　　　　印

　〇 県では、令和３年度に外国人介護人材雇用インセンティブ補助金（以下、「補助金」という。）を創設しました。（令和３年４月１日付け高齢福２９２号で通知済）

　〇 当該補助金は、保険者機能強化推進交付金を活用しています。

　〇 つきましては、下記事業所が「外国人介護人材雇用インセンティブ補助金実施要領」に基づく県あての提出書類で貴市（町村）の意見書が必要ですので作成してください。

　　　（問い合わせ先：県高齢者福祉課　介護サービス事業班）

　事業所名：

　設置法人名又は個人名

　　　※ 「事業所名」及び「設置法人名又は個人名」は事業実施主体が記載する。