

別紙5（第7条関係）

長崎県外国人介護人材居住環境整備支援事業 事業実績報告書

1. 申請者

事業所名：\_\_\_\_\_

所在地：\_\_\_\_\_

代表者名：\_\_\_\_\_

担当者名（役職）：\_\_\_\_\_

電話番号：\_\_\_\_\_ FAX：\_\_\_\_\_

メール：\_\_\_\_\_

2. 補助事業の概要

受け入れる外国人の状況

氏名	国籍	生年月日（西暦）	在留資格

	1	2	3
フリガナ			
補助対象 外国人材氏名			
受入施設			
採用日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
雇用期間 (採用日～完了 日)	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
事業の着手日 (契約締結日)	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
事業の完了日 (支給完了日)	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日

(注1)事業の着手日は、雇用契約と住居等への入居日（賃貸借契約書）の重なる（内示後でなければいけません）予定日を記載してください。

(注2)以下の書類を、あわせて提出してください。

- ・ 外国人介護人材の住居が確認できる書類（在留カードの写し等）、補助対象者と受入事業所との間で締結する雇用契約書、補助対象者が入居する住居の賃貸借契約書

### (3) 支払実績

氏名	対象経費				
	賃借料	共益費等	計 (a)	居住者 負担額 (b)	補助額 ※(a-b)/2 と 補助上限額 15,000 円/人を比較 して小さい値
4月分					
5月分					
6月分					
7月分					
8月分					
9月分					
10月分					
11月分					
12月分					
1月分					
2月分					

3月分					
計					

氏名	対象経費				
	賃借料	共益費等	計 (a)	居住者 負担額 (b)	補助額 ※(a-b)/2 と 補助上限額 15,000 円/人を比較 して小さい値
4月分					
5月分					
6月分					
7月分					
8月分					
9月分					
10月分					
11月分					
12月分					
1月分					
2月分					
3月分					
計					

氏名	対象経費				
	賃借料	共益費等	計 (a)	居住者 負担額 (b)	補助額 ※(a-b)/2 と 補助上限額 15,000 円/人を比較 して小さい値
4月分					
5月分					
6月分					
7月分					
8月分					
9月分					
10月分					

11月分					
12月分					
1月分					
2月分					
3月分					
計					

※支出証拠書類として、補助対象期間中の

・補助対象者の給与明細等の写し（居住者負担額の確認のため）

・通帳等の写し（家賃支払いの確認のため）

を添付してください。