（別紙３－３）　　①

外国人介護職員が長く働ける、魅力ある埼玉介護の促進補助金　事業報告書　（地域生活費）

1　事業所名	特別養護老人ホーム埼玉

地域生活費を申請した場合、実績額を記入してください。
申請時から状況に変更がない場合は、交付申請時の
事業計画書と同じ内容となります。

●個々の対象者について、増額となる変更はできません。
減額となる事情がある場合は変更してください。
●交付申請後に転居した場合、転居後の期間は対象外です。
●交付申請後に退職・退去した場合、退職・退去後の期間
は対象外です。

2　対象者及び支出済額

（合計額）	１人目	２人目	３人目	４人目	５人目	合計
総事業費（A＋D）	594,000	0	0	0	0	594,000
入居者負担額（B）	110,000	0	0	0	0	110,000
選定額（G）	334,000	0	0	0	0	334,000

↑この表は転記されるため記載不要

＜1人目＞　↓これ以下に記載

対象職員氏名	コバトン花子
在留資格等（選択）	介護福祉士資格取得を目指す技能実習生
国籍	ミャンマー
居住地住所・物件名	×××
採用年月日	令和4年10月1日
補助対象期間	令和5年4月1日～令和6年3月31日

下記の条件に該当する場合のみ、〇をつけてください。	
	入居者から宿舎使用利用等を徴収しておらず、家賃及び光熱水費の全額を法人が負担している。

	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	総額
家賃（賃借料・共益費）		50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	550,000
通信環境費（税込）	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000		44,000
合計【A】	4,000	54,000	54,000	54,000	54,000	54,000	54,000	54,000	54,000	54,000	54,000	50,000	594,000
入居者負担額【B】		10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	110,000
法人負担額【C】（A－B）	4,000	44,000	44,000	44,000	44,000	44,000	44,000	44,000	44,000	44,000	44,000	40,000	484,000
													0
						44,0							00
						30,0							00
選定額【G】（E,F小さい方）	4,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	334,000

家賃（入居者負担含む）、通信環境費（入居者負担含む）、入居者負担額
を入力してください。支払日が年度内でない月や日割計算となる月は
補助対象となりませんので、記入しないでください。

※（留意事項）住宅手当は本補助金の対象となりません。
例）給与から居住費として1万円を控除している場合、
住宅手当を別途3千円支給している場合であっても、入居者負担額
は1万円と記入してください。（7千円ではありません。）