別記第４号様式（第９条関係）

釧路市ケアサポーター活用支援事業補助金実績報告書

　　年　　月　　日

釧　路　市　長　　あて

　　住　　所

交付対象事業者 法 人 名

　　代表者名　　　　　　　　　 印

交付対象事業名　　釧路市ケアサポーター活用支援事業補助金

　　　年　　月　　日付釧介第　号をもって補助の決定を受けた上記交付対象事業は、　　年　　月　　日に完了したので、釧路市ケアサポーター活用支援事業補助金交付要綱第９条の規定により、関係書類を添えて報告します。

１　事業内容

|  |  |
| --- | --- |
| 事業実施施設名 |  |
| 所在地 |  |
| 施設種別 |  |
| 交付対象事業の着手  及び完了の日 | 着手　　　　年　　　　月　　　　日  　完了　　　　年　　　　月　　　　日 |

２　実施状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ケアサポーター  雇用期間 | □雇用なし |  | |
| □雇用あり | 内訳は別紙参照 | |
| 補助金交付申請額 | 円  （内訳は別紙参照） | | 雇用者なし　　　　　　　　 0円  1か月未満 　　　20,000円  1か月以上2か月未満 50,000円  2か月以上3か月未満 80,000円  3か月以上 120,000円 |

３　添付書類

　(1)　事業報告書（別記第５号様式）

(2)　雇用契約書の写し

(3)　交付対象のケアサポーターに支払った人件費を証明する書類（賃金台帳の写し等）

(4)　交付対象のケアサポーターの勤務日数を証明する書類（出勤簿の写し等）

(5)　ケアサポーターを募集したことを確認できる書類（広告チラシ等）

【申請事務担当者連絡先】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者名 |  | 電話番号 |  |
| 事業所名 |  | 書類送付先住所 | 〒 |

（別紙）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 |  | |
| 雇用期間 | 令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日（　　ケ月） | |
| 補助金交付申請額 | 円 | 雇用者なし　　　　　　　　　0円  1か月未満　　　　　　　20,000円  1か月以上2か月未満　　50,000円  2か月以上3か月未満　　80,000円  3か月以上　　　　　 　120,000円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 |  | |
| 雇用期間 | 令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日（　　ケ月） | |
| 補助金交付申請額 | 円 | 雇用者なし　　　　　　　　　0円  1か月未満　　　　　　　20,000円  1か月以上2か月未満　　50,000円  2か月以上3か月未満　　80,000円  3か月以上　　　　　 　120,000円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 |  | |
| 雇用期間 | 令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日（　　ケ月） | |
| 補助金交付申請額 | 円 | 雇用者なし　　　　　　　　　0円  1か月未満　　　　　　　20,000円  1か月以上2か月未満　　50,000円  2か月以上3か月未満　　80,000円  3か月以上　　　　　 　120,000円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 |  | |
| 雇用期間 | 令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日（　　ケ月） | |
| 補助金交付申請額 | 円 | 雇用者なし　　　　　　　　　0円  1か月未満　　　　　　　20,000円  1か月以上2か月未満　　50,000円  2か月以上3か月未満　　80,000円  3か月以上　　　　　 　120,000円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 |  | |
| 雇用期間 | 令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日（　　ケ月） | |
| 補助金交付申請額 | 円 | 雇用者なし　　　　　　　　　0円  1か月未満　　　　　　　20,000円  1か月以上2か月未満　　50,000円  2か月以上3か月未満　　80,000円  3か月以上　　　　　 　120,000円 |