

別紙 2 (第 1 号様式関係)

令和 8 年度青森県介護人材実務者研修代替職員事業 事業計画書

申請者（法人）名 _____

1. 基本情報

補助対象事業所名	
事業所番号	
補助対象事業所所在地	
サービス種別	

2. 実務者研修受講者

受講職員氏名 (生年月日)	(年 月 日生)
職種	
就労開始年月日	令和 年 月 日
研修機関名 (通信・通学の別)	(通信・通学)
研修通学受講期間 (通信の場合は、通学 期間のみ対象)	令和 年 月 日～令和 年 月 日
修了（予定）年月日	令和 年 月 日

3. 採用計画

代替職員氏名 (生年月日)	(年 月 日生)
職種	
業務内容	
雇用形態 (任用通知の内容)	常勤・非常勤の別： 1 日当たりの勤務時間： 時間／日 1 週当たりの勤務日数： 日／週

雇用期間（予定）	令和 年 月 日～令和 年 月 日
賃金等の支払額 （予定）	・時給の場合：時給 円 × 時間＝ 円 ・日給の場合：日給 円 × 日＝ 円 ・月給の場合：月給 円 × 月＝ 円 ・手当（ ） 円 ・手当（ ） 円 ・その他（ ） 円
※補助対象経費の支出 予定額	<u>賃金等支払額</u> 円・・・①
勤務日及び勤務時間 総勤務時間数 （予定）	（1）雇用期間中の勤務日及び勤務時間（複数の形態がある場合は、すべて記載） ・ ・ ・
※補助基準額	（2）（1）から算出した総勤務時間数 計 時間 × 1,029 円 ＝ 円・・・②
過去の採用状況 （就労期間及び業務内容）	
備考	

4. 取組により期待される効果

--

※申請する補助対象事業所ごとに作成してください。

※研修受講職員が、補助対象事業所に就労中であることがわかる書類（就労証明書等）、研修の受講者であることがわかる書類（受講通知等、受講予定の場合は受講先のわかる研修実施要領等）及び受講期間がわかる書類（通信は通学期間がわかる書類）を添付してください。

※代替職員を採用予定の場合は、確実に採用が見込まれる場合のみとし、採用スケジュールや雇用内容（勤務時間や賃金等）等がわかる雇用計画書（任意様式）を提出してください。採用が決まっている場合は、勤務時間や賃金等の雇用内容がわかる書類（雇用契約書や任用通知書等）を添付してください。

※勤務日や勤務時間がわかる勤務表（予定）を添付してください。