

別紙 5（第 7 条関係）

長崎県外国人介護人材受入支援事業 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

（1）事業の目的及び必要性

（2）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

(2) 事業の実施内容

就労・居住環境 の整備	
日本語・介護技 術等の教育	
コミュニケーシ ョンの支援	
その他	

※(1)の外国人材の受け入れのための取組を記載すること

(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					