様式１（別紙２）

事　業　計　画　書

（秋田県外国人介護人材受入れ施設等環境整備事業）

（１）事業実施計画書

|  |  |
| --- | --- |
| 実施予定期間 | 令和　年　月　日　～　令和　年　月　日 |
| 実 施 場 所（施設・事業所名等） |  |
| 実施場所住所 |  |
| 介護保険事業所番号 |  | サービス種別 |  |
| 対 象 人 数 | 　　　　　人（内訳は（２）のとおり。） | 事　業　所介護職員数 | 　　　　　　　　　　人 |
| 事 業 内 容 |  |

（注）補完する計画書（様式自由）、関連資料等があれば、併せて提出してください。

（２）対象となる外国人介護人材

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 外国人介護人材名 | 出　身　国 | 入国年度 | 滞在期限 | 日本語能力（N3,N4等） | 在留資格等の種類 |
| １ |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |

（注）欄が不足する場合は、適宜、行を挿入の上、記載してください。

（３）補助所要額内訳書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 経費区分 | 対象経費支出予定額 | 積算内訳 | 備考 |
|  |  |  |  |
| 合　計 | 円 |  |  |

　※対象となる外国人介護人材の雇用保険被保険者資格取得等確認通知書の写し（雇用予定の場合は雇用予定

あることを証明する書類）を添付してください。

　※対象経費に係る見積書の写しやカタログ、パンフレットなどを添付してください。