（外国人介護人材雇用支援事業）

別紙１

事　業　計　画　書

１　基本情報

|  |  |
| --- | --- |
| １　事業実施主体  　（法人名又は個人名） |  |
| ２　上記で法人の場合は代表者（職氏名） |  |
| ３　上記事業実施主体の所在地 | 郵便番号：  住所： |
| ４　外国人介護人材を受け入れる事業所名 |  |
| ５　上記事業所の所在地 | 郵便番号：  住所： |
| ６　上記事業所のサービス種別 |  |
| 受入予定である外国人介護人材の在留資格 | （1人目）  在留資格： |
| （2人目）  在留資格： |

２　補助対象経費（県交付決定後の経費のみ対象）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 補助対象経費 | 金額（単位：円） | | | | 補助率 |
| １人目 | | ２人目 | |
| １ | 補助対象経費 |  | |  | | １／２以内 |
| ２ | 監理団体加盟金等 |  | |  | |
| ３ | 入国準備費用（在留資格申請等の手続き、入国前健康診断、保険等） |  | |  | |
| ４ | 入国渡航費用 |  | |  | |
| ５ | 国内移動費用 |  | |  | |
| 小　計 | | ① |  | ② |  |  |
| 合計（①＋②） | |  | | | |

３　事業開始予定日、事業完了予定日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業開始予定日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 事業完了予定日 | 令和　　年　　月　　日 |