

# 記入例

練馬区長

セルの説明

要入力箇所
要選択箇所
入力不要箇所

法人名	株式会社
法人住所	練馬区〇〇1-1-1
代表者名	代表取締役社長〇〇 〇〇
TEL	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇
アドレス	〇〇〇〇@〇〇〇〇.jp
担当者名	〇〇 〇〇

補助金交付申請書兼請求書の  
日付と同日を記載してください

## 実績報告書

訪問介護採用応援補助事業補助金の対象者および補助対象経費について、下記のとおり報告いたします。

記

### 1 対象者

雇用事業所名	訪問介護〇〇						
対象者氏名	〇〇 〇〇	性別	女性	生年月日	昭和60年5月10日	年齢	41
対象者住所	練馬区〇〇3-2-1						
雇用契約日	令和8年3月1日	補助対象期間	令和8年8月31日 まで		時間数	260時間未満	
採用経費の有無（新たに採用され、採用経費がかかった場合のみ）					採用経費あり		
契約終了後の継続雇用					継続雇用		

補助対象期間は雇用契約日  
から最長6か月です

各月の勤務時間の合計時間  
を入力してください

### 2 補助対象経費

①賃金	賃金計算に使用する額	×	勤務時間の合計				=	351,000円				
	1,500円		234	時間	30	分						
	内訳（時給および各月の勤務時間数を入力してください）											
	時給（相当）	3		月	4		月	1,000円未満は切り捨て となります				
		50	時間	10	分	45	時間		30	分	30	時間
1,500円	6		月	7		月	8		月			
	32	時間	15	分	38	時間	30	分	37	時間	20	分
				月								
				分								
②採用経費	定額							20,000円				
③交付申請額計	①+②							371,000円				

上記で「採用経費あり」と  
した場合に反映されます

# 記入例

セルの説明

要入力箇所
入力不要箇所
本人自筆

## 対象者確認書

### 【基本事項】

①法人名	株式会社 ○○○		
②雇用事業所名	訪問介護○○		
③対象者氏名	○○ ○○		
④補助対象期間	令和8年3月1日	～	令和8年8月31日

### 【確認事項】

※以下、対象者本人が確認し、自筆にて記入すること

(1)補助対象者に関する確認	「練馬区訪問介護採用応援補助金」の対象者として、上記④の期間に週10時間未満の勤務時間の中で介護労働に従事し、初任者研修を受講することについて、説明を受けました。				✓
(2)勤務経験等の確認 (採用経費の補助対象)	上記②の事業所に新たに採用され、勤務しています。 (④の期間以前に②の事業所で勤務したことはありません)				✓
(3)介護スタッフ研修 修了者の確認	介護スタッフ研修を修了しています。	✓	修了年月	令和8年	1月
	介護スタッフ研修を修了していません。				
(4)継続雇用に関する 確認	上記④の期間終了後も継続勤務する意思があります。				✓

新たに採用された方ではない場合はチェックしません

令和 **8** 年 **3** 月 **1** 日

上記の記載事項について確認しました。

氏名 ○○○ ○○○  
(自署)

確認した日を記載してください  
(補助対象期間の前後でも構いません)

※上記記載事項の個人情報は、練馬区訪問介護採用応援事業以外の目的で使用されることはありません。