

代替要員確保対策事業費補助  
代替職員配置予定及び代替職員費用予定額計算表

記入例

事業者（法人）名 神奈川株式会社

研修 課程	代替職員配置 予定時期 (スクーリング時期) ※1	スクーリング 日数	代替職員配置 日数	研修 受講職員数	代替職員費用予定額 (日額) ※2		代替職員 費用支払予定額(円)  日額×代替職員配置予定日 数 ×研修受講職員数
					2-② 代替番号	日額	
介護職員 初任者研修	平成30年5月～6月	16				9,100	91,000
	平成30年8月～10月	20				8,500	255,000
	平成31年1月～3月	18	14	1	3	10,000	140,000
			受講職員数計	4		小計	486,000
実務者研修	平成30年5月～10月	9	9	1		9,000	81,000
	平成30年5月～10月		8	1			
	平成30年7月～11月						
							264,700
ファースト ステップ 研修	平成29年5月～10月	9	9	1			81,000
	平成29年5月～10月	9	8	1			120,000
	平成29年7月～11月	7		1			63,700
				3			264,700
					支払予定額 合計(円)		750,700

別紙様式2-②の算出した「日額換算合計」  
を記入して下さい。

この額を様式2のA欄「総事業費」に記入して  
下さい。

別紙様式2-②の代替職員  
の番号を記入して下さい。

同時期に受講予定の人数を記入する。  
(代替職員の日額が異なる場合は行を分けて記載する。)

受講予定研修のスクーリング時期を記入して下さい。  
(交付決定予定日以降である必要があります。)