別紙様式４-①

記入例

代替要員確保対策事業費補助
研修修了者及び代替職員費用支払額一覧

事業者（法人）名　　神奈川株式会社

研修修了者所属	研修修了者氏名	職種	採用年月日	生年月日	研修機関名	修了年月日	スクーリング日程		スクーリング日数	代替職員費用支払額(円)※１
							初日	最終日		
湘南台参番館	綾瀬　春子	介護職	平成26年4月1日	昭和32年1月1日	○×アカデミー	平成29年12月28日	11月1日	12月10日	9	62,300
厚木	海老名　鮎子	介護職	平成27年4月1日	昭和33年2月2日	○×アカデミー	平成29年12月28日	11月1日	12月10日	9	63,800
宮前平	川崎　幸子	介護職	平成28年4月1日	昭和34年3月3日	○×アカデミー	平成30年1月31日	12月1日	1月20日	8	61,200
本鵠沼	藤沢　四郎	介護職	平成28年5月1日	昭和35年4月4日	○×アカデミー	平成30年2月28日	1月25日	2月15日	7	52,500
								支払額合計(円)		239,800

修了年月日は、修了証書の日付を記入し、研修を修了した受講者のみを記入して下さい。

それぞれの受講者の別紙様式4-②の「支払額合計」を記入して下さい。

この合計金額が、(様式8)の精算額調書の総事業費(A欄)の数字になります。

※１「代替職員費用支払額」欄は、別紙様式４-②「実務者研修受講者に係る代替職員配置及び費用支払状況表」の「支払額合計」欄の額を記入すること。