別海町介護職員処遇改善補助金算出調書

事業者名

代表者名

担 当 者

標記補助金の交付申請に伴い、別海町介護職員処遇改善補助金交付要綱第５条に規定の関係書類

を提出します。

　　１交付申請額内訳

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | 対象介護職員等の人数  Ａ | | 補助対象月数　Ｂ | 申請額  ４，５００円×Ａ×Ｂ |
| 既資格所持者 | 年度内、資格取得見込み者 |
|  | 名 | 名 | １２か月 | 円 |
|  | 名 | 名 | １２か月 | 円 |
|  | 名 | 名 | １２か月 | 円 |
| 合　計 | | | | 円 |

　　※申請年度の４月１日時点の人数をご記入ください。

　　２補助金支給方法

　　　①毎月４，５００円を支給（４月分及び５月分のみ次月分支給時に合わせて支給）

　　　②複数月分を一定の期日にまとめて支給

具体的に