仙台市介護助手活用促進事業に係る事業報告書

１　介護助手採用予定事業所　　　　事業所名：

２　事業の概要

|  |
| --- |
| ※介護助手採用活動のために実施した事業の内容や実施時期など、できるだけ具体的に記載してください。  （１）事業の具体的内容  （２）実施時期・参加人数  （３）必要物品等（求人広告掲載料のみの場合、記載不要とします。）  （４）その他 |

|  |
| --- |
| ※介護助手の採用に当たって購入した物品等について、できるだけ具体的に記載してください。  （１）介護助手の雇用にあたって購入した物品等  （２）購入数  （３）その他 |

仙台市介護助手活用促進事業に係る決算内訳書

　　　　　　介護助手の採用活動に要した総事業費　　　円

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 科目 | 各科目に要した補助対象経費 | | 備考 |
| 内訳 | 経費（税抜） |
| 広報  に要した経費 |  | 円 |  |
|  | 円 |
|  | 円 |
| 説明会の開催に要した経費 |  | 円 |  |
|  | 円 |
|  | 円 |
| 雇用にあたって必要な物品に要した経費 |  | 円 |  |
|  | 円 |
|  | 円 |
| その他 |  | 円 |  |
|  | 円 |
|  | 円 |
| 合計 | 円 | |  |

１　添付資料

対象事業について下記のものが確認できる書類

・事業の実施内容が確認できる書類（作成した募集チラシや広報媒体へ掲載したこと、説明会を開催したことが確認できるもの等）

　　・支出が確認できる書類（契約書、領収書、振込明細書などの写し）