様式第１号（第４条、第７条関係）

○○年度鳥取県特定技能外国人介護人材受入支援事業計画（報告）書

１　事業者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所住所 | 〒 |
| 事業所種別（別表） |  |
| 担当者名 |  |
| 連絡先（電話・メール） |  |

２　受入対象者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受入対象者数 | | | 名 |
| 内訳 | ① | 氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ） | （　　　　　　　　　　　　　） |
| 国籍 |  |
| 受入年月日 | 年　月　日 |
| ② | 氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ） | （　　　　　　　　　　　　　） |
| 国籍 |  |
| 受入年月日 | 年　月　日 |
| ③ | 氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ） | （　　　　　　　　　　　　　） |
| 国籍 |  |
| 受入年月日 | 年　月　日 |
| ④ | 氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ） | （　　　　　　　　　　　　　） |
| 国籍 |  |
| 受入年月日 | 年　月　日 |

（注１）本人確認書類（在留カードの写し等）を添付すること。

３　経費の内容

次のうち、該当する項目に「○」を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 人材紹介料 |
|  | 登録支援機関による義務的支援経費 |
|  | 住居費（※毎月の家賃・敷金は対象外） |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

（注２）その他に該当がある場合は、具体的に記載してください。

（注３）特定技能外国人介護人材の受入当初に必要な経費に限り、継続的に生じる経費は対象外です。

４　その他

|  |  |
| --- | --- |
| 県内事業者への発注が困難な理由（注４） |  |
| 消費税の取扱い | 一般課税事業者　（→税抜申請してください）  簡易課税事業者　・　免税事業者　・　地方公共団体  特定収入割合が５％を超えている公益法人等  仕入控除税額が明らかでない一般課税事業者 |
| 他の補助金の活用の有無 | 有　・　無  （該当がある場合）  補助金名：  当該補助金の問合せ先（部署名・連絡先）： |

（注４）「県内事業者への発注が困難な理由」の欄には、補助対象経費のうち委託料について、県内事業者への発注が困難である場合に、その理由を記載すること。

別表

|  |  |
| --- | --- |
| 通し番号 | 事業所種別 |
| １ | 第１号通所事業（介護保険法第115条の45第1項第1号のロ） |
| ２ | 老人デイサービスセンター |
| ３ | 指定通所介護（指定療養通所介護を含む） |
| ４ | 指定介護予防通所介護 |
| ５ | 指定認知症対応型通所介護 |
| ６ | 指定介護予防認知症対応型通所介護 |
| ７ | 老人短期入所施設 |
| ８ | 指定短期入所生活介護 |
| ９ | 指定介護予防短期入所生活介護 |
| １０ | 養護老人ホーム |
| １１ | 特別養護老人ホーム（指定介護老人福祉施設） |
| １２ | 軽費老人ホーム |
| １３ | ケアハウス |
| １４ | 有料老人ホーム |
| １５ | 指定小規模多機能型居宅介護 |
| １６ | 指定介護予防小規模多機能型居宅介護 |
| １７ | 指定複合型サービス |
| １８ | 指定訪問入浴介護 |
| １９ | 指定介護予防訪問入浴介護 |
| ２０ | 指定認知症対応型共同生活介護 |
| ２１ | 指定介護予防認知症対応型共同生活介護 |
| ２２ | 介護老人保健施設 |
| ２３ | 指定通所リハビリテーション |
| ２４ | 指定介護予防通所リハビリテーション |
| ２５ | 指定短期入所療養介護 |
| ２６ | 指定介護予防短期入所療養介護 |
| ２７ | 指定特定施設入居者生活介護 |
| ２８ | 指定介護予防特定施設入居者生活介護 |
| ２９ | 指定地域密着型特定施設入居者生活介護 |
| ３０ | サービス付き高齢者向け住宅 |
| ３１ | 第１号訪問事業（介護保険法第115条の45第1項第1号のイ） |
| ３２ | 指定訪問介護 |
| ３３ | 指定介護予防訪問介護 |
| ３４ | 指定夜間対応型訪問介護 |
| ３５ | 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| ３６ | 介護医療院 |