

介護職員喀痰吸引等研修受講費助成事業所要額内訳書

職員氏名 A	受講開始年月日 修了(予定)年月日 B	研修受講費用 C 円	補填される額 D 円	対象経費実支出額 (C-D) E 円	助成 割合 F	算定額 (E×F) G 円	上限額 H 円	助成金額 (GとHを比較し て少ない額) I 円
合計		0円	0円	0円		0円		0円

- (注) 1 D欄は、国、県及び他の機関からの補助を受けた額を記入する。※未入金の場合についても予定額を記入する。  
 2 G欄は、F欄の額に1/2を乗じて得た額(1,000円未満切捨て)を記入する。  
 3 I欄は、G欄及びH欄を比較して最も少ない額を記入する。