

北海道告示第 10494 号

平成 10 年北海道告示第 500 号（北海道補助金交付規則に定める申請書等の様式（保健福祉部））の一部を次のように改正する。

令和 4 年 4 月 1 日

北海道知事 鈴木 直道

保福第 454 号様式及び保福第 455 号様式、保福第 473 号様式、保福第 477 号様式を次のように改める。

不育症治療費助成事業申請書

関係書類を添えて、次のとおり不育症治療費の助成を申請します。

記

	(ふ り が な) 氏 名	生年月日
申請者	()	年 月 日生 (歳)
住 所	〒 電話 ()	
北海道に対してこの助成金を申請するのは 今回が初めて ・ () 回目		
申請者 氏 名	_____ 印 (申請者が記名押印) 本申請に係る検査又は治療の実施内容に関して医療機関及び調剤薬局等に照会することについて同意します。	
※内訳については裏面に記入してください。		
申請金額【検査】	金 _____ 円	
申請金額【治療】	金 _____ 円	
	申請金額【合計】	金 _____ 円
年 月 日	北海道	総合振興局長又は振興局長 様
振込先金融機関の名称及び口座番号等 (申請者の口座を記載)		
振込先金融機関の名称	口座番号	口座名義 (注)
銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所	普通 当座	ふりがな ()

※ 総合振興局又は振興局記載欄		収 受 印
起案年月日		
決定年月日		
通知年月日		
決定金額		
受給者番号		
※添付書類 不育症治療費助成事業受診等証明書 不育症検査結果個票 (※染色体検査を実施した者)		

介護助手普及促進事業計画（実績）書

法人名 _____
 事業所名 _____
 事業所所在地 _____
 連絡先(職氏名) _____
 (TEL) _____

1 補助事業の内容

(1) 説明会の実施状況

日 時	年 月 日 ()	: ~ :	(分)
会 場		参加人数	名
広報手段		所要額※	円
〃 範囲		※所要額の内訳については別紙で提出すること。	

(2) OFF-JT 研修の実施状況

入門的研修の活用	有 ・ 無
↳主催 (道 ・ 市町村 ())	

↓独自にOFF-JT研修を実施した場合に記載

日 時	年 月 日 ()	: ~ :	(分)
会 場		受講人数	名
講師(所属)		所要額※	円
(保有資格)		※所要額の内訳については別紙で提出すること。	

(3) O-JT 研修の実施状況 ※O-JT 研修を実施した場合に記載

日 程	年 月 日 () ~	年 月 日 () (日間)	
時間(1名あたり)	時間	受講人数	名
担当者		所要額※	円

※所要額の内訳については別紙で提出すること。

2 補助事業等の実施による効果（実施成果）

補助事業等実施による就労等人数	
① 介護助手	名
② 介護職員	名
	介護職以外の職員
③ ボランティア（有償ボランティアを含む。）	名
計	名

補助事業等の実施による効果（実施成果）

- 注 1 この様式は、介護助手普及促進事業に要する経費に係る補助金の交付を申請し、又は、当該補助金に関し実績報告をする場合に使用すること。
- 2 説明会及びOFF-JT 研修を複数回実施した場合は適宜行数を増やすなどして記載すること。
- 3 OFF-JT 研修に使用した資料を添付すること。
- 4 補助事業等の実施による効果・成果については、詳細かつ具体的に記載すること。
- 5 O-JT 研修の実施について確認できる報告書等を添付すること。

外国人留学生生活支援事業計画（実績）書

1 補助事業者等

法人等の名称	
事業所の名称	
事業所の所在地	〒
担当者職氏名	
担当者連絡先	電話番号
	メールアドレス

2 補助対象の留学生の国籍及び人数

国 籍	日本語学校在学者	介護福祉士養成施設在学者			
		1 学年	2 学年	3 学年	4 学年
	人	人	人	人	人
	人	人	人	人	人
	人	人	人	人	人
	人	人	人	人	人
合 計	人	人	人	人	人

3 所要見込額

区 分	単 価	人 数	金 額
学 費			
入学準備金			
就職準備金			
国家試験受験対策費			
居住費などの生活費			
合 計			

4 補助事業実施による効果（実績成果）

--

注1 この様式は、外国人留学生生活支援事業に要する経費に係る補助金の交付を申請し、又は、当該補助金に関し実績報告をする場合に使用すること。

2 必要に応じて、事業内容の詳細が把握できる資料等を添付すること。

3 補助事業等の内容及び事業実施による効果・成果については、詳細かつ具体的に記載すること。