

令和 年 月 日

川崎市長

法人所在地

法人名称

代表者職氏名

川崎市介護職員等家賃支援事業補助金交付申請書

このことについて、川崎市介護職員等家賃支援事業補助金交付要綱の規定に基づき、次により補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。なお、補助対象介護職員等は、過去に他の法人において当該補助金の交付を受けていないことを申し添えます。

- 1 補助金交付申請額（千円未満切り捨て）

_____ 円

- 2 補助事業等の期間（申請年度内で記載）

【第 _____ 四半期】

（開始日）令和 年 月 日 （完了予定日）令和 年 月 日

- 3 法人での継続的な雇用（離職率の低下）等に向けた取組内容

- 4 第1号様式別紙1に記載する事業所のかわさき健幸福寿プロジェクトへの参加状況
全事業所が ☐参加している ☐参加していない（理由： _____ ）

- 5 添付資料

- （1）補助対象介護職員等一覧表（第1号様式別紙1）
- （2）川崎市介護職員等家賃支援事業計画書（第2号様式）
- （3）川崎市介護職員等家賃支援事業収支予算書（第3号様式）
- （4）補助対象介護職員等名義の不動産賃貸借契約書（写し）
- （5）補助対象介護職員等の雇用を証明できる書類（写し）
- （6）補助対象介護職員等の住民票（写し）

補助対象介護職員等一覧表

法人名	株式会社△△△
-----	---------

	氏名	生年月日	採用年月日	勤務先事業所名 (事業所番号)	職種	兼務先 1 (事業所番号)	職種	兼務先 2 (事業所番号)	職種	勤務時間 (合算) 6 時間以上/1 日	勤務日数 (合算) 5 日以上/週
例	川崎 太郎	2000年2月20日	2025年4月1日	特別養護老人ホーム ○○園 (1234567890)	介護職員	()		()		満たしている	満たしている
1				()		()		()			
2				()		()		()			
3				()		()		()			
4				()		()		()			
5				()		()		()			
6				()		()		()			
7				()		()		()			
8				()		()		()			
9				()		()		()			
10				()		()		()			

※ほかの事業所と兼務している場合には、合計して 1 週間の合計勤務時間が 1 日 6 時間以上かつ週 5 日以上勤務している必要があります。

※補助金対象者の方の記載欄が足りない場合は、行を追加してください。

※「職種」には、川崎市介護職員等家賃支援事業補助金交付要綱第 4 条第 1 項第 1 号及び第 2 号に記載の職種をご記入ください。

川崎市介護職員等家賃支援事業計画書

法人名

事業所名

補助対象介護職員等住所	区
補助対象介護職員等氏名	

対象 四半期	対象月	賃借料	共益費 (管理費)	計 (補助対象経費) (A)	川崎市補助額 (上限3万) (B)=(A)×1/2	法人負担額*◎	本人負担額 (D)= (A)-(B)-(C)
第1 四半期	4 月			0円			0円
	5 月			0円			0円
	6 月			0円			0円
第2 四半期	7 月			0円			0円
	8 月			0円			0円
	9 月			0円			0円
第3 四半期	10 月			0円			0円
	11 月			0円			0円
	12 月			0円			0円
第4 四半期	1 月			0円			0円
	2 月			0円			0円
	3 月			0円			0円
計		0円	0円	0円	0円	0円	0円

※補助額は、1戸当たりの賃借料と共益費（管理費）の合計月額の1/2（3万円を上限）

※算出額に1,000円未満の端数があるときは、その端数は切り捨て。

川崎市介護職員等家賃支援事業収支予算書

収入		支出	
川崎市補助額	円	賃借料	円
法人負担額	円	共益費 (管理費)	円
本人負担額	円		
収入合計	0 円	支出合計	0 円

第4号様式

川崎市介護職員等家賃支援事業補助金交付決定通知書

川崎市指令健高事第 号

住所

氏名

年 月 日に申請のありました、川崎市介護職員等家賃支援事業補助金の交付について、次の条件を付して交付します。

年 月 日

川 崎 市 長

- 1 申請日
- 2 対象法人名
- 3 実施期間
- 4 補助金交付額

交付条件

- (1) この補助金を他の用途に使用することはできません。
 - (2) 補助事業を中止する場合においては、あらかじめ市長の承認を受けることとします。
 - (3) 補助事業が予定の期間内に完了しない場合又は遂行が困難となった場合においては、速やかに市長に報告し、その指示をうけることとします。
 - (4) 前各条項に違反した場合は、補助金の全部又は一部を返還していただきます。

第5号様式

川健高事第 号
年 月 日

法人名称
代表者氏名 様

川 崎 市 長

川崎市介護職員等家賃支援事業補助金不交付決定通知書

川崎市介護職員等家賃支援事業補助金に関し、 年 月 日で申請のありました申請について、次のとおり決定しましたので通知します。

1 事業実施者名

2 不交付の理由

第6号様式

年 月 日

(報告先)

川 崎 市 長

(報告者)

法人所在地

法人名称

代表者職氏名

川崎市介護職員等家賃支援事業補助金実績報告書

年 月 日 川崎市指令健高事第 号で交付決定された川崎市介護職員等
家賃支援事業補助金に係る補助事業等の実績について、次のとおり報告します。

1 補助金額

_____ 円

2 添付書類

- (1) 川崎市介護職員等家賃支援事業収支決算書(第7号様式)
- (2) 給与明細書又は賃金台帳

3 かわさき健幸福寿プロジェクトの参加状況

有 ・ 無(理由)

第 7 号様式

川崎市介護職員等家賃支援事業収支決算書

収入		支出	
川崎市補助額	円	賃借料	円
法人負担額	円	共益費 (管理費)	円
本人負担額	円		
収入合計	円	支出合計	円

第 8 号様式

年 月 日

(請求先)
川 崎 市 長

(請求者)
法人所在地
法人名称
代表者職氏名

川崎市介護職員等家賃支援事業補助金請求書

川崎市介護職員等家賃支援事業補助金交付要綱に基づき、次のとおり補助金の交付を請求します。

補助額確定通知書番号	年 月 日 川崎市指令健高事第 号	
補助金請求額	¥ 円	
振込先金融機関	金融機関名	銀行 支店
	口座番号	普通・当座 番号_____
	フリガナ	
	口座名義人	

※請求者と口座名義が異なるときは、委任状等の添付が必要です。