

※補助対象介護職員ごとに作成

法人名称	
施設・事業所名称	

1. 補助対象となる介護職員・住所

介護職員氏名		補助対象介護職員一覧表 (様式第2号) No.	
現住所 (建物名・部屋番号まで)			
雇用年月日	年	月	日
補助対象期間	開始日	年	月 日
	終了日	年	月 日
備考			
過年度交付決定の有無			

2. 補助対象経費

種別	4月	5月	6月	7月	8月	9月	
住宅手当支給額 (補助対象経費)							
種別	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計(4~3月)
住宅手当支給額 (補助対象経費)							¥0

3. 補助基準額

雇用した月数		×	¥30,000	=	補助基準額
					¥0

※1月に満たない分は切捨て（例：雇用期間1月20日～3月31日の場合は、2月とする）

4. 補助額（補助対象経費の合計と補助基準額を比較して少ない方の額）

補助額
¥0