

確認書

1. 補助対象介護職員について

氏名

勤務施設名

雇用形態 月に 日勤務

1日当たりの勤務時間（休憩時間を含む労働契約上の時間）

時間 分

雇用年月日 年 月 日

住居手当の有無 住居手当月額 円

2. 補助対象介護職員の本人負担額について（宿舍借上げの場合に記入）

宿舍賃借料（本人負担含む）A	月額	<input type="text"/>	円
共益費（本人負担含む）B	月額	<input type="text"/>	円
合計 C=A+B	月額	<input type="text"/>	円
宿舍入居における本人負担の有無	<input type="text"/>		
本人負担額 D	月額	<input type="text"/>	円
補助対象額 E=C-D	月額	<input type="text"/>	円

※補助対象事業者記入欄

上記1. 2について相違ありません。

補助対象事業者	住所	<input type="text"/>
	団体名	<input type="text"/>
	代表者名	<input type="text"/>

※補助対象介護職員記入欄

上記1. 2について相違ありません。

下記3について、理解した上で同意いたします。

補助対象介護職員	住所	<input type="text"/>
	氏名	<input type="text"/>

（署名又は記名押印）

3. 個人情報の提供に関する同意

- ・私（補助対象介護職員）の下記①の内容の個人情報を勤務法人が安来市に提供すること。
- ・安来市が下記①の内容の個人情報を下記②の範囲内で利用すること。

①「安来市介護人材定着支援事業費補助金」の申請、実績報告に伴い必要とされる情報

- ・住民票の記載事項
- ・給与明細書の記載事項

②「安来市介護人材定着支援事業費補助金」の申請・実績報告に関する審査等のため