

記入例

令和 年 月 日

東京都知事 殿

提出期限：令和3年4月9日(金曜日)

法人名：社会福祉法人キャリアパス

所在地：東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

代表者名：理事長 福祉 一郎

印

令和2年度東京都介護職員キャリアパス導入促進事業費補助金 実績報告について

(キャリアパス導入促進事業費補助)

印鑑証明書と同じ内容を記載、
同じ印で捺印。

令和 年 月 日付2福保高介第 号で交付決定を受けた令和2年度東京都介護職員キャリアパス導入促進事業費補助金(キャリアパス導入促進事業費補助)に係る事業実績について、下記のとおり報告します。

記

自動的に入力されます。

1 補助所要額

金

2,937,000

円

※2 補助所要額の合計額を転記してください

2 内訳 (※1 コードは、交付要綱別表1に定めるコードA～Tから選び、ご記入ください。)

	事業所名	事業所番号	※1 コード	補助所要額 *別記様式第2号-2①の 「1 補助所要額」を 転記してください	申請年数	備考
1	西新宿キャリア介護事業所(老健)	1234567890	R	1,437,000	3年目	
2	西新宿キャリア介護事業所(通所介護)	1234567891	C	1,000,000	2年目	
3	北新宿キャリア介護事業所	1234567892	A	500,000	1年目	
4						
5						
6						

補助対象事業所数が7事業所以上の場合は、「2 内訳」を
任意用紙に記入して提出してください。事業所の本補助金の申請年数
を選択してください。
平成28年度から→5年目
平成29年度から→4年目
平成30年度から→3年目
令和元年度から→2年目
令和2年度から→1年目

* 法人の事務取扱者(必ず記入して)

* 東京都記入欄

--

部署名			
ふりがな	かいご はなこ		
お名前	介護 花子	事業所数	3
TEL	03-5320-4267		