（その２）

雇用・実習受入証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　　名 |  |
| 勤務・実習先名 |  |
| 採用・受入開始年月日 | 　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　 |
| 職　　種 |  |
| 採用形態 |  |
| その他特記事項 |  |

上記の者は、記載のとおり在職していること、または実習中であることを証明します。

年　　月　　日

申請者　住　所

　　　　法人名称

代表者氏名　　　　　　　　　　印

住居計画書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月 | 家賃A | 同居人数B | 対象家賃C＝A/B | 対象家賃内訳 | 補助額G＝F×1/2(上限１万円) |
| 個人負担D | その他補助E | 法人負担F |
| (円/室/月） | （人） | (円/人/月) | (円） | (円） | （円） | (円） |
| 4 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 |
| 5 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 |
| 6 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 |
| 7 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 |
| 8 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 |
| 9 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 |
| 10 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 |
| 11 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 |
| 12 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 |
| 計 |  |  |  |  |  |  |  |

※本書類は外国人介護職員１人につき１枚提出するものとする。

※G欄の補助額に1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てするものとする。