様式５－①　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　（社会福祉施設等→石川県社会福祉協議会）

第　 　 　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

**令和６年度　介護等体験終了報告書兼請求書**

**石川県社会福祉協議会事務局長　様**

施 設 名

代表者名

本施設において、下記学生が介護等体験を終了したことを報告するとともに、体験費用を請求

いたします。

記

**Ａ　総括表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 体　　験  終了者数 |  | | 人 | 延べ日数  （終了者数×5日） | | | | |  | | 日 |
| 請求金額 |  | | | | 円（＠1,000円×述べ体験日数） | | | | | | |
| 体験費用  振込口座 | 金融機関名 |  | | | | | 支店名 | | |  | |
| 種　目 | 普　通　・　当　座 | | | | 口座番号 | |  | | | |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  | | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | | |

※下記の期日までに報告（様式５－①、様式５－②）してください。

７月～１０月体験分(　１週～１６週) → １１月６日(水) 締切

１１月～　２月体験分(１７週～３３週)　→ ３月３日(月) 締切

※施設長印については、【補足資料　介護等体験の実施に係る留意事項　２実施要綱「８－(５)証明書の発行」について】をご参照ください。

※口座名義は、必ず通帳等をご確認のうえ、記入をお願います。

様式５－②　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（社会福祉施設等→石川県社会福祉協議会）

施 設 名

**Ｂ　体験終了者一覧**

※体験期間が連続した５日間でない場合、「備考」欄へ体験した５日間が分かるように期間の

内訳を記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 氏　名 | 大学等名 | 体験期間 | 備　考 |
| １ |  |  | 月　 日～　 月　 日 |  |
| ２ |  |  | 月　 日～　 月　 日 |  |
| ３ |  |  | 月　 日～　 月　 日 |  |
| ４ |  |  | 月　 日～　 月　 日 |  |
| ５ |  |  | 月　 日～　 月　 日 |  |
| ６ |  |  | 月　 日～　 月　 日 |  |
| ７ |  |  | 月　 日～　 月　 日 |  |
| ８ |  |  | 月　 日～　 月　 日 |  |
| ９ |  |  | 月　 日～　 月　 日 |  |
| 10 |  |  | 月　 日～　 月　 日 |  |

※欄が不足する場合は、コピーしてお使いください。