様式第１０号（第９関係）

介護福祉士養成校及び福祉系高等学校等修学生への
奨学金等支給支援事業実施結果報告書

１．申請者

施設・法人名			
所在地	〒　　－		
代表者名			
担当者名			
電話番号		ＦＡＸ	
メール			

２．補助事業の概要

	1	2	3
ﾌﾘｶﾞﾅ			
修学生名			
国籍			
養成施設名 又は高校名			
在学期間 （入学）	年　月　日	年　月　日	年　月　日
在学期間 （卒業予定）	年　月　日	年　月　日	年　月　日
事業の着手日 （契約締結日）	年　月　日	年　月　日	年　月　日
事業の完了日 （支給完了日）	年　月　日	年　月　日	年　月　日

（注）以下の書類を、あわせて提出してください。

・在留カードの写し
・修学生へ奨学金等を支給した明細書の写し
・修学生への奨学金の支給を確認できる書類
・介護福祉養成施設等を卒業した場合は、そのことを証する書類
・介護福祉養成施設等に在籍中の場合は、そのことを証する書類
・介護福祉養成施設等を退学・休学している場合は、そのことを証する書類
・介護福祉養成施設等の修学期間最終年度にあっては、介護福祉士国家試験受験を確認できる書類

3．事業内容と成果

具体的な事業内容及び成果 ※　修学生の卒業後の進路の見込等について記載	

4．支給の実施状況

【修学生の氏名：　　】　　（単位：円）

給付日	対象経費 生活費	
	月分	給付金額
【例】 4 月 5 日	4 月分	40,000
合　計		

※修学生ごとに作成すること。