(様式－施設３)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(社会福祉施設等 → 新潟県社会福祉協議会)

**介護等体験終了報告書**　**兼　請 求 書**

発　　　　号

令和　　年　　月　　日

　新潟県社会福祉協議会事務局長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　施 設 名

施設長名　　　　　　　　　　　　　印

インボイス登録番号（ T　 　　　 　　　　　　　）

　本施設において下記学生が｢小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る介護等体験｣を

終了したことを報告します。

　また、体験費用を請求しますので下記口座に振り込み下さい。

記

１　体験終了者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 学生氏名 | 大学等名 | 体験実施期間 | 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 |  |

２　介護等体験費用について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 終了学生総数 | 名 | 延べ体験日数 | 日 |
| 請求金額(税込) | **円**（＠1,000円×延べ体験日数）  うち消費税額（10%）　　　　　　円★ | | |
| 振込口座 | 金融機関名　 　　　　 　　　　　　　　 支店（普通・当座）  口座番号  ふりがな  名　　義 | | |

※ 振込口座名義の“ふりがな”は、金融機関に届出ているものを正しく記入してください。

　　記入者名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　電話番号（　　　　　　　　　　　　　　　　）

★10％対象（消費税）の計算式

例・5,000円(税込)＊10/110＝454.545　端数切捨

・454円（10％対象消費税）

〔コメント欄〕※任意