

セルの説明	要入力箇所
	要選択箇所
	入力不要箇所

セルの説明に沿って入力ください。

見本

受託者

②実績報告書（対象者別内訳）
（実績報告様式1）

実績報告書(対象者別内訳)【訪問採用】

令和8年度

1

月に雇用終了した下記の者につき、訪問系障害福祉サービス等職

記

免税か課税のいずれかを必ず選択してください
（応募登録時の情報もしくは雇用確定届を確認してください）。未選択のままだと正しく数式が反映されません。

課税

課税事業者・免税事業者いずれかを選択

1 対象者雇用実績内容

対象者管理番号	3	—	②	雇用期間	2026/8/1	～	2027/1/31
雇用事業者等名	相談支援事業所フクシロウ						
対象者氏名	フリガナ	フクシ フクロウ		資格取得(○・×)	○	契約終了後の継続雇用(○・×)	○
氏名	福祉 福郎						
雇用期間内に資格取得ができなかった理由 ※資格取得(×)の場合のみ →原則、委託料支払い対象外です。							
勤務形態 ※いずれか選択	☐ 週30時間以上40時間以下 ☐ 週20時間以上30時間未満 ☐ 週10時間以上20時間未満						
①賃金	賃金のみ	1515円	×	8月 59時間 11月 72時間	9月 62時間 12月 71時間	10月 57時間 1月 69時間	592,365円
法定福利費	加入	×	雇用期間を通じて社会保険にすべて加入している場合は○を選択 ※いずれか1つでも加入して				0円
賃金台帳等により、事業対象期間の社会保険の加入状況(天引き状況等)を確認します。	加入	×	②雇用確定届(雇用時報告様式2)で申請した研修種別と異なる場合は、右に注意書きが出ます。				592,365円
雇用・労災保険のみの加入の場合であっても、労働関係法令等の遵守状況を本誓約欄で確認します。	○	労働関係法令等を遵守 ※法令等を遵守し、適切に <補足>雇用開始から終了まで、法令の規定に従って、各種社会保険への加入が必要です。 社会保険加入条件は事業者のQ&A No.33を参考にしてください。					
研修種別	サービス管理責任者研修及び 児童発達支援管理責任者研修 (基礎研修)【研修の修了又は資格の有無を問わない】		金額	税込	160,000円	税抜	145,454円
研修機関名	○×カレッジ		金額	税抜	145,454円	145,454円	
受講期間	2026/8/15		～	2027/1/1	免税事業者、課税事業者いずれも税込額を入力 ※免税事業者は税込額が、課税事業者は税抜額が反映されます。		
研修受講期間を記載。受講期間が雇用期間外となっている場合、右に注意書きが出ます。			金額	40,000円	777,819円		

2 委託料上限額

委託料上限額

請求額は下記「請求額算出の条件」に基づき、自動計算されます
事業経費計が雇用確定届の委託料上限額の範囲内⇒事業経費計の金額
事業経費計が雇用確定届の委託料上限額を超える⇒委託料上限額の金額
※さらに、請求額(税抜)に占める賃金割合が50%以上となるように調整されます

1,200,000円

3 請求額

請求額	請求額	※請求額	777,819円
上記に占める賃金計の額の割合	※事業費の50%以上を賃金が占める必要があります。50%未満の場合は賃金が50%になるよう調整を行います。	76.2%	
消費税	※課税事業者のみ金額が反	77,781円	
請求額(合計)	※この金額を実績報告様式2 請求書の「※請求対象者一覧」	855,600円	
請求額算出の条件	1)雇用確定届で確定した委託料上限額の範囲内(「委託料上 2)さらに、請求額(税抜)に占める賃金割合が50%以上となるように調整されます。		

この金額を①請求書(実績報告様式2)
「請求対象者一覧」に転記ください。