

宗像市障害福祉サービス事業所等人材確保・定着事業補助金実績報告書

令和 9 年 2 月 1 日

宗 像 市 長 宛

（申請者）

法人所在地： 福岡県宗像市東郷一丁目 1 番 1 号

法人名： 社会福祉法人○×福祉会

代表者職名・氏名： 理事長 宗像 花子



令和 8 年○.○月○.○日付 8 宗福第○.○.○号で補助金の交付の決定のあった宗像市障害福祉サービス事業所等人材確保・定着事業補助事業の実績について、宗像市障害福祉サービス事業所等人材確保・定着事業補助金交付要綱第 7 条の規定により次のとおり報告します。

交 付 決 定 額	2 0 0 , 0 0 0 円
補助対象経費精算額	2 0 0 , 0 0 0 円
補助事業の対象とした 宗像市内の事業所等の名称	・ 福祉サービス事業所○×ケアセンター ・ 障がい者就労支援○×ワークセンター
補助事業の成果	・ 新規採用数：○名（前年度新規採用数○名） ○.○求人WEBサイト経由の応募○名（内○名採用） ・ 各種研修に参加することで職員のモチベーション向上や資格取得につながり、職員の定着につながった。
添 付 書 類	・ 収支報告書（様式 9 号） ・ 補助対象経費の支払いを証明する書類 ・ 補助事業を実施したことが確認できる資料

宗像市障害福祉サービス事業所等人材確保・定着事業補助金実績報告書

補 助 事 業 実 施 内 容

区分	実 施 内 容	事業実施日 ～完了日
(1)	求人サイト等への事業所情報の掲載により周知を図った。 （○○求人誌及び○○WEB求人サイト、計15回） 第1回目○/○ 第2回目○/○ 第3回目○/○ 第4回目○/○ 第5回目○/○ 第6回目○/○ 第7回目○/○ 第8回目○/○ 第9回目○/○ 第10回目○/○ 第11回目○/○ 第12回目 ○/○ 第13回目 ○/○ 第14回目 ○/○ 第15回目 ○/○	6/1-1/31
(2)	初任者研修受講 2名 管理者研修受講 2名	7/21 7/31、8/21
(3)	□□□株式会社の○○○○システムを導入し、職員にかかる業務負担の軽減を図った。	10/31完了
(4)		
(5)		

事業ごとに実施場所、委託先などできるだけ具体的に記載してください。それぞれ事業開始と完了日は必須です。

実施内容に合わせ、行の縦幅を調整してください。