

大阪府障がい者委託訓練実施経費見積書 (知識・技能習得訓練(集合訓練))

【訓練区分名：□介護スキル養成コース】

【訓練科目名：_____】

【年間定員 人】 【訓練月数 3か月】 【職業能力講座実施日数 日間】

〔訓練委託費〕

項 目	金 額 (円) ※小数点以下を切り捨てること。	積 算 内 訳
指 導 員 経 費		
実 習 費		
施 設 設 備 利 用 料		
そ の 他		
合 計		
1人1月あたりの経費(A)		(合計) / (年間定員 × 3月)
消 費 税 (B)		(A) × 10 / 100
合 計 (A+B)		上限月額70,400円(税込)

〔職業能力講座委託費〕

項 目	金 額 (円) ※小数点以下を切り捨てること。	積 算 内 訳
指 導 員 経 費		
実 習 費		
施 設 設 備 利 用 料		
そ の 他		
合 計		
1人1日あたりの経費(C)		(合計) / (年間定員 × 実施日数)
消 費 税 (D)		(C) × 10 / 100
合 計 (C+D)		上限日額2,200円(税込)

〔職場実習委託費〕

項 目	金 額 (円) ※小数点以下を切り捨てること。	積 算 内 訳
職 場 実 習 委 託 費		年間定員 × 税抜単価10,000円
合 計		
1人あたりの経費(E)		(合計) / (年間定員)
消 費 税 (F)		(A) × 10 / 100
合 計 (E+F)		月額11,000円(税込)

訓練実施に要する経費として、上記のとおり見積ります。

令和 年 月 日

住 所
機 関 (法 人) 名
代 表 者 職 ・ 氏 名