(訓練科名　　　　　　　　　　　　　　　　訓練実施施設名　　　　　　　　　　　　　）

**受　講　生　負　担　一　覧　表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 定価 | 受講生の負担額を減らす工夫 | 受講生負担額 |
| 教材費 |  |  |  |
| ユニフォーム代 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合計(税込) | 円 |  | 円 |

※ 項目は適宜追加してください。

合計額は、受講生負担額の限度額以内となる必要があります。

介護福祉士養成コース・保育士養成コース　限度額　125,000円（税込、2年間の総額）

職業実践専門課程コース 　　　　　　　 　限度額　500,000円（税込、2年間の総額）

１年課程コース 　　　　　　　　　　　　 限度額　125,000円（税込、1年間の総額）

訓練で必須となる負担額を全て記載してください。（健康診断等が必須であれば負担額に含めること）

＜参考　実習関連費＞

（１）その他の実習関連費の目安(受講生負担限度額の対象外)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 目安額 | 備考(代替品や自己所有品の使用の可否等) |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合計 |  |  |

※ 申請訓練実施施設以外で実習を行う場合で、実習先によっては必要となる受講生負担の項目(例：実習先によって必要となるユニフォーム代・共通昼食<給食>代、洗濯代、スリッパ代、訓練実施施設から実習先への専用バス送迎代等)を適宜追加し、目安額とともに記入してください。

（２）実習場所への交通費について

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 内容 |
| 実習場所 | □主に施設と同一市町村　□他の市町村（　　　　　　　　） |
| 住所地の考慮 | □住所地を考慮する　　　□住所地の考慮はできない |
| 頻度 | 日(回)程度 |
| 移動方法 | □自宅から実習場所へ直接(訓練実施施設等は経由しない)  □訓練実施施設等を経由し実習場所(巡回バス等で移動)  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※ 実習場所への交通費について備考等があれば、別紙等を添付してください