

事業計画書
(4)介護未経験者に対する研修支援事業(主催事業)
①介護職員初任者研修の主催

1 基本事項

法人名等	社会福祉法人 地域医療会		
代表者名	理事長 地域 太郎		
法人郵便番号	960-8670		
法人住所	福島市杉妻町2-16		
連絡先	担当者所属氏名	特別養護老人ホーム地域園 施設長 地域 花子	
	住所	法人住所に同じ	
	T E L	024-521-8620	
	F A X	024-521-5520	
	E - mail	tiikiiryokaigo@pref.fukushima.lg.jp	

2 事業計画

区分	内容
開催期日	第30期 令和6年6月11日～令和6年12月10日 第31期 令和6年8月11日～令和7年2月10日
開催場所	特別養護老人ホーム地域園 大会議室
参加者 (1)参加者(参集範囲) (2)参加者数(受講定員)	(1)参加者(参集範囲) 高校3年生から65歳未満の方で、研修終了後は介護職に従事しようとする方 (2)参加者数(受講定員) 第30期 20名 第31期 20名
事業の目的	介護に携わる方が、基本的な介護を実践するために最低限必要な知識・技能・態度を身につけ、良質な介護を提供できる人材を育成し社会に貢献する。

※学則、日程表、募集要項、チラシ等を添付すること。

3 事業費

区分	受講料	補助対象人数	合計	積算内訳
【補助対象経費】 学則に定める受講料	70,000 35,000	35 5	2,450,000 175,000	一般 高校生
補助対象経費計			2,625,000	
【補助対象外経費】 寄付金その他の収入金			220,000	テキスト代@5,000×40=200,000円 保険料@500×40=20,000円
補助対象外経費計			220,000	
総事業費			2,845,000	

※経費区分には学則で定める受講料単価毎に記入すること。

所要額調書

介護未経験者に対する研修支援事業(主催事業)

機関・団体名

社会福祉法人 地域医療会

(単位:円)

区分	総事業費 A	寄附金 その他の 収入額 B	消費税 及び 地方消費税 C	差引額 (A-B-C)D	対象経費 の支出 予定額 E	基準額 F	選定額 G	補助率 H	補助金 所要額 I	備考欄
介護未経験者に対する 研修支援事業(主催事 業)	2,845,000	220,000	0	2,625,000	2,625,000	2,275,000	2,275,000	10/10	2,275,000	①介護職員初 任者研修の主 催
合計	2,845,000	220,000	0	2,625,000	2,625,000	2,275,000	2,275,000		2,275,000	

手入力してください

- (注1) 寄付金その他の収入額や消費税法(昭和63年法律第108号)に規定する消費税及び地方税法(昭和25年法律第226号)に規定する地方消費税は対象経費に含めないこと。
(注2) E欄には、補助対象経費の支出予定額を記入すること(=D欄の金額に一致すること)。
(注3) F欄には、公募の場合は別紙補助事業一覧の基準額、交付申請の場合は内示時の選定額、変更交付申請の場合は交付決定時の選定額を記入すること。
ただし、介護職員初任者研修の主催のみ、内示時の選定額や交付決定時の選定額より別紙補助事業一覧の基準額が下回る場合は、再度算出した基準額を記入すること。
(注4) G欄は、E欄とF欄を比較して少ない方の金額を記入すること。
(注5) I欄には、G欄の金額にH欄の補助率を乗じて得た額を記入すること。なお、I欄の合計は千円未満を切り捨てて記入すること。
(注6) H欄の補助率は10/10、又は4/5を記入すること。
(注7) 一つの法人が複数の研修会を実施する場合は、研修会毎に1行ずつ記入すること。

所要額調書

介護未経験者に対する研修支援事業(主催事業)

交付申請時

機関・団体名

社会福祉法人 地域医療会

(単位:円)

区分	総事業費 A	寄附金 その他の 収入額 B	消費税 及び 地方消費税 C	差引額 (A-B-C)D	対象経費 の支出 予定額 E	基準額 F	選定額 G	補助率 H	補助金 所要額 I	備考欄
介護未経験者に対する 研修支援事業(主催事 業)	2,845,000	220,000	0	2,625,000	2,625,000	2,275,000	2,275,000	10/10	2,275,000	①介護職員初 任者研修の主 催
合計	2,845,000	220,000	0	2,625,000	2,625,000	2,275,000	2,275,000		2,275,000	

- (注1) 寄付金その他の収入額や消費税法(昭和63年法律第108号)に規定する消費税及び地方税法(昭和25年法律第226号)に規定する地方消費税は対象経費に含めないこと。
(注2) E欄には、補助対象経費の支出予定額を記入すること(=D欄の金額に一致すること)。
(注3) F欄には、公募の場合は別紙補助事業一覧の基準額、交付申請の場合は内示時の選定額、変更交付申請の場合は交付決定時の選定額を記入すること。
ただし、介護職員初任者研修の主催のみ、内示時の選定額や交付決定時の選定額より別紙補助事業一覧の基準額が下回る場合は、再度算出した基準額を記入すること。
(注4) G欄は、E欄とF欄を比較して少ない方の金額を記入すること。
(注5) I欄には、G欄の金額にH欄の補助率を乗じて得た額を記入すること。なお、I欄の合計は千円未満を切り捨てて記入すること。
(注6) H欄の補助率は10/10、又は4/5を記入すること。
(注7) 一つの法人が複数の研修会を実施する場合は、研修会毎に1行ずつ記入すること。

収 支 予 算 書

補助事業者名： 社会福祉法人 地域医療会

補助事業名： (4) 介護未経験者に対する研修支援事業（主催事業）

1 収入

(単位：円)

科 目		金 額	備 考
福島県地域医療介護総合確保基金事業補助金※		2,275,000 円	
その他		570,000 円	
内	国庫補助金 (補助金名：)	円	第3号(収支予算書)は自動で入力されます 内容に不備がないか確認してください
	県・市町村等補助金等(※を除く) (補助金名：)	円	
訳	自己財源又は一般財源 (内、借入金又は地方債)	350,000 円 () 円	
	寄付金	円	
	その他 ()	220,000 円	
合計		2,845,000 円	

2 支出

(単位：円)

項 目	金 額	備 考
補助事業費のうち補助対象経費	2,625,000 円	
補助事業費のうち補助対象外経費	220,000 円	
合計	2,845,000 円	

事業計画書

水色のセル のみ入力してください

補助事業者名：社会福祉法人 地域医療会

補助事業名：(4) 介護未経験者に対する研修支援事業（主催事業）

（単位：円）

着手予定期日	令和6年4月1日		着手予定期日は、事業年度の4月1日から翌年3月31日までの日付を記入してください (注1)研修開始日ではなく、見積書取得日や契約締結日を着手予定期日とすること
完了予定期日	令和7年3月31日		
事業費の内訳（別紙可）	金額		
学則に定める受講料	2,625,000 円		完了予定期日は、事業年度の4月1日から翌年3月31日までの日付を記入してください (注1)交付決定日、支払完了日、研修終了日、委託契約満了日のいずれか遅い日以降で、余裕を持った日を完了予定期日とすること
寄付金その他の収入金	220,000 円		
	円		
	円		
事業費合計	2,845,000 円		
財源のうち福島県地域医療介護総合確保基金事業補助金	2,275,000 円		摘要（積算内訳を記載すること）

債権者登録(銀行口座)確認票

	項目	記入欄	
1	(フリガナ)	シャカイフクシホウジン チイキイリョウカイ	イッパン〇〇ホウジン〇〇キョウカイ
	債権機関名	社会福祉法人 地域医療会	一般〇〇法人〇〇協会
2	債権機関の代表者職名	理事長	会長
3	(フリガナ)	チイキ タロウ	フクシマ タロウ
	債権機関の代表者氏名	地域 太郎	福島 太郎
5	郵便番号	960-8670	960-〇〇〇〇
	債権機関の住所	福島市杉妻町2-16	福島市杉妻町〇-〇-〇
6	電話番号	024-521-8620	024-521-〇〇〇〇
7	振込希望口座(郵便局を除く)		
	金融機関名	地域医療銀行	〇〇銀行
	金融機関支店名	社会福祉支店	〇〇支店
	口座種別 (普通・当座の別)	普通	普通
	口座番号	12345678	
	フリガナ	シャカイフクシホウジン チイキイリョウカイ トクベツヨウゴロウジンホーム フクシマエン	イッパン〇〇ホウジン〇〇キョウカイ
	口座名義人	社会福祉法人 地域医療会 特別養護老人ホーム 福島園 理事業 地域 太郎	一般〇〇法人〇〇協会

申請する実施団体名や法人名等と同一名義となります

口座名義人が債権機関名、代表者名＝申請者名と一致しない場合は、委任状を別添してください

※通帳の写し(金融機関名、支店名、口座番号、名義人を確認できる部分)を添付してください。

※口座名義人が債権機関名、代表者名と一致しない場合は、委任状を添付してください。

※記入漏れや記入誤りがありますと振り込み不能となりますので、正確に記入願います。

委任状

(受任者)

住所 福島市杉妻町2-15
名称 社会福祉法人 地域医療会 特別養護老人ホーム福島園
職氏名 理事長 地域 太郎

振込先の口座名義人の情報を入力してください

印

押印の上、原本を郵送してください

私は、上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

委任事項

口座名義人が債権機関名、代表者名=申請者名と一致しない場合は、委任状の提出が必要です
押印の上、原本を郵送してください

- 1 福島県地域医療介護総合確保基金事業補助金(介護人材確保対策事業)の受領に関すること

令和〇年〇月〇日

提出締切日を記入してください

福島県知事 様

(委任者)

住所 福島市杉妻町2-16
名称 社会福祉法人 地域医療会
職氏名 理事長 地域 太郎

債権者(申請する実施団体名や法人名等)の情報を入力してください

印

押印の上、原本を郵送してください

公募時チェックリスト

- ・ 提出書類に不備があり状況の確認ができない場合は、補助金の内示を受けることができませんのでご注意ください。
- ・ 公募時提出書類をはじめ、今後本補助事業について県に提出する全ての資料の写しを手元に保管してください。

☒写しがないと今後の手続(交付申請や実績報告、請求等)ができません。

↓必ず選択してください

法人名等を入力してください

事業名 (4)介護未経験者に対する研修支援事業(主催事業) 法人名等 社会福祉法人 地域医療会

提出前に項目を確認し
チェックしてください

1. 提出前チェック項目

No	項目	✓欄
1	交付要綱、実施要領、Q&A等をよく読み、事業内容や交付要件、補助対象経費、基準額等を確認しましたか。(補助事業名毎に事業内容や交付要件が異なります。内容を確認の上、書類を作成してください)	<input checked="" type="checkbox"/> 確認した
2	事業計画は、補助事業内容に合致する内容であることを確認しましたか。	<input checked="" type="checkbox"/> 確認した
3	事業計画は、契約締結から支払い、事業の実施、研修の終了等まで全てが事業年度内に完了する内容か確認しましたか。(年度を跨ぐ事業は補助対象外となります)	<input checked="" type="checkbox"/> 確認した
4	既に支払いが完了している支出は、証憑書類(見積書、納品書、請求書、領収書等)の日付が全て事業年度の4月1日以降であることを確認しましたか。(日付、宛名、品名、但し書き、発行者等の記入漏れがないこと、宛名が事業を申請した実施団体名や法人名、施設名等に一致していることを確認してください)	<input checked="" type="checkbox"/> 確認した
5	複数の補助事業に応募する場合は、事業名(事業番号)毎に 提出書類一式 を作成しましたか。	<input checked="" type="checkbox"/> 作成した <input type="checkbox"/> 該当なし
6	申請は施設毎ではなく法人単位での申請となります。複数の施設を運営する法人は、各施設の計画をとりまとめ、一申請となるよう書類を作成しましたか。	<input checked="" type="checkbox"/> 作成した <input type="checkbox"/> 該当なし
7	事業費に、補助対象外経費が含まれていないことを確認してください。	
	対象外 【全体】事業に直接必要のない経費	<input checked="" type="checkbox"/> 含まれていない
		<input type="checkbox"/> 含まれていない
8	事業完了時に以下の証憑書類等の提出が必要なことを予め確認してください。	
	事業内容と受講料を確認できる学則、日程表、募集要項、チラシ等	<input checked="" type="checkbox"/> 確認した <input type="checkbox"/> 申請なし
	事業の様子を確認できる写真	<input checked="" type="checkbox"/> 確認した <input type="checkbox"/> 申請なし
	【学則に定める受講料】 領収書の写し	<input checked="" type="checkbox"/> 確認した <input type="checkbox"/> 申請なし
	補助金対象者名簿	<input checked="" type="checkbox"/> 確認した <input type="checkbox"/> 申請なし
	修了証明書の写し	<input checked="" type="checkbox"/> 確認した <input type="checkbox"/> 申請なし
	[未就労者]福祉人材センターに登録したことがわかる書類(求職登録完了通知)	<input checked="" type="checkbox"/> 確認した <input type="checkbox"/> 申請なし
	[就労者]介護事業所等の在職証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 確認した <input type="checkbox"/> 申請なし
	<input type="checkbox"/> 確認した <input type="checkbox"/> 申請なし	
	<input type="checkbox"/> 確認した <input type="checkbox"/> 申請なし	

提出書類に不足がないか
チェックしてください

2. 提出書類

No	書類	✓欄
1	公募時チェックリスト(本紙)	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
2	事業計画書(第2号様式)	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
3	収支予算書(第3号様式)	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
4		<input type="checkbox"/> 添付した
5	事業計画書(別紙様式2(初任者研修主催用))	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
6	事業計画書(別紙様式2(一般用))	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
7	補助対象経費の金額がわかる書類(見積書、開催通知等) ※公募時に提出済みの書類は省略可	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
	事業内容と受講料を確認できる学則、日程表、募集要項、チラシ等	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
	収支予算書 既に受講料を徴収している場合は、領収書等 ※必ず提出してください	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
8	債権者登録(銀行口座)確認票	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
9	通帳の写し(申請した実施団体名や法人名等と同一名義のもの) ※一致しない場合は委任状を添付すること	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
10	その他参考となる書類	<input type="checkbox"/> 添付した <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし

第1号様式（第3条関係）

申請する法人等が文書番号等を管理している場合は記入してください

水色のセルのみ入力してください

番 号
令和〇年〇月〇日

内示通知書に記載の交付申請書の提出締切日を記入してください

※要注意！！

第1号様式(交付申請書)は、内示後の提出になります！！

福島県知事

法人格のない団体の場合は代表者の住所の記載も必要となりますので、法人名等と代表者名の間に行を挿入し、「代表者住所」と明記の上、代表者住所を記入してください

住 所 福島市杉妻町2-16
法人名等 社会福祉法人 地域医療会
代表者名 理事長 地域 太郎
担当者名 特別養護老人ホーム地域園 施設長 地域 花子
電話番号 024-521-8620

内示通知書

4 生福第〇〇〇〇号
令和〇年〇月〇日

社会福祉法人 〇〇会 〇〇 様

福島県保健福祉部長

福島県地域医療介護総合確保基金事業補助金交付申請書

福島県地域医療介護総合確保基金事業補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

- 1 補助事業名
 - (4) 介護未経験者に対する研修支援事業（主催事業）
- 2 補助金交付申請額
 - 金 2,275,000 円
- 3 添付書類
 - (1) 事業計画書（第2号様式）
 - (2) 収支予算書（第3号様式）
 - (3) その他

代表者名 理事長 地域 太郎
担当者名 特別養護老人ホーム福島園 地域 花子
電話番号 024-345-6789

令和4年度福島県地域医療介護総合確保基金事業補助金（介護人材確保対策事業）交付額の内示について（通知）
このことについて、下記のとおり補助金が交付される見込みですので、福島県補助金等の交付等に関する規則（昭和45年福島県規則第107号）第4条及び福島県地域医療介護総合確保基金事業補助金交付要綱第3条の規定に基づき、令和〇年〇月〇日（〇）までに補助金交付申請書を提出してください。

↑提出締切日

1 補助金交付見込額

番号	事業名	交付見込額（円）
1	地域住民や学校の生徒に対する介護や介護の仕事の理解促進事業	450,000 円

- 2 提出書類 福島県地域医療介護総合確保基金事業交付申請書（第1号様式及び添付書類）
- 3 提出部数 1部
- 4 提出先 社会福祉課

（事務担当 社会福祉課 福祉・介護人材担当 電話024-521-8620）