

水色のセルのみ記入してください

事業計画書

記載例

法人名 社会福祉法人 地域医療会
 保育施設名 特別養護老人ホーム福島園ふくしま託児所

プルダウンから種別を選択してください

1 保育施設開設者の名称等

種別	保育施設			開設者			運営等が委託の場合	
	保育施設名	開設年月日	所在地	設置主体	開設医療施設の名称	所在地	委託団体等名称	代表者名
A型	特別養護老人ホーム福島園ふくしま託児所	平成30年4月1日	福島市杉妻町2-16	社会福祉法人	地域医療会	福島市杉妻町2-16		

保育人員の欄には、当該年度の各月1日現在の保育児童数を記入してください

2 保育人員、保育時間

保育月	保育人員					保育時間	
	乳児	1、2歳児	3歳児	4歳児以上	計	保育施設開所時間帯	開所時間
	人	人	人	人	人	(常時) AM 8時00分 ~ PM 6時00分	10時間00分
4月	1	3			4	(随時) AM 7時00分 ~ PM 7時00分	12時間00分
5月	1	3			4		
6月	1	3			4		
7月	1	3			4		
8月	1	3			4		
9月	1	3			4		
10月	1	4			5		
11月	1	4			5		
12月	1	4			5		
1月	1	4			5		
2月	1	4			5		
3月	1	4			5		
年間平均	1	3	0	0	4		

3 職員の状況

有資格の保育士の数を記入してください

有資格の保育士以外で直接保育の業務に従事する者の数を記入してください

保育月	保育士等職員						看護職員	児童保育専従職員
	保育士		その他の職員		計			
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤		
	人	人	人	人	人	人	人	人
4月	2			1	2	1		
5月	2			1	2	1		
6月	2			1	2	1		
7月	2			1	2	1		
8月	2			1	2	1		
9月	2			1	2	1		
10月	2			1	2	1		
11月	2			1	2	1		
12月	2			1	2	1		
1月	2			1	2	1		
2月	2			1	2	1		
3月	2			1	2	1		
年間平均	2	0	0	1	2	1	0	0

(注1) 「2 保育人員、保育時間」の保育人員の欄には、当該年度の各月1日現在の保育児童数を記入すること。
 (注2) 「3 職員の状況」の保育士の欄には有資格の保育士の数、その他の職員欄には有資格の保育士以外で直接保育の業務に従事する者の数を記入すること。また、非常勤欄は、常勤換算後の数値を記入すること。

所要額調書

水色のセル のみ記入してください

記載例

法人名 社会福祉法人 地域医療会
 保育施設名 特別養護老人ホーム福島園ふくしま託児所

プルダウンから種別
を選択してください

別紙(歳入歳出予算書抄本)の支出の部
の「合計nの額」に一致します

種別	開設者名 及び 保育施設名	総事業費 A	基 準 額																	対象経費 の 支出予定 額 C	選定額 D	県費補助		
			基 本 額					加 算 額														合計額 B	(D×補助率) E	所要額 F
			人員	単価	運営月数	保育料収入 相当額	調整率	計	24時間保育		病児等保育		緊急一時保育		児童保育		休日保育		計					
									単価	運営日数	単価	運営月数	単価	運営日数	単価	運営日数	単価	運営日数						
円	人	円	月	円	円	円	日	円	月	円	日	円	日	円	日	円	円	円	円	円	円			
A型	社会福祉法人 地域医療会 特別養護老人ホーム福島園ふくしま託児所	8,999,000	2	180,800	12	1,152,000	1.0	3,187,200	23,410	187,560	20,720	10,670	11,630	0	3,187,200	8,364,000	3,187,200	2,124,000	2,124,000					

「24,000円×保育月数×保育児童数」
を計算して記入してください
※参照:別紙3の4の(1)保育料収入相当額

【保育児童数上限】
A型特例/1人、A型/4人
B型/10人、B型特例18人

負担能力指数算出表で算出した
負担能力指数に該当する調整率を
記入してください

【負担能力指数/調整率】
5未満/1.0
5以上20未満/0.8
20以上/0.6

加算額に該当する場合のみ
運営日数をそれぞれ記入してください

別紙様式5の2(給与費明細書)
の計の欄の合計に一致します

- (注1) C欄には別紙様式5の2の計の欄の合計を記入すること。
- (注2) D欄には、B欄の金額とC欄の金額を比較して少ない方の額を記入すること。
- (注3) E欄には、D欄の金額に3分の2を乗じて得た額を記入すること。
(ただし、金額に1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。)
- (注4) 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。

別紙

水色のセル のみ
記入してください

令和 年度施設内保育所歳入歳出予算書抄本

記載例

記入漏れに注意してください

施設名 特別養護老人ホーム福島園ふくしま託児所

収入の部		支出の部	
保育料収入 a	1,300,000	給与費 g	8,364,000
補助金収入 b	2,124,000	保育士等常勤職員給与 職員給料 職員手当等 法定福利費	6,500,000
<input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 市町村	2,124,000		4,438,000
			837,000
設置者負担額 c	5,575,000		1,225,000
おやつ代 d		保育士等非常勤職員給与	1,864,000
その他の収入 e		保育士等職員以外の給与	
		事業費用 h	454,690
		給食費	454,690
		保健衛生費	
		炊具食器費	
		業務費用 i	180,310
		福利厚生費	
		旅費	35,000
		消耗品費	30,000
		消耗器具備品費	
		光熱水費	30,000
		修繕費	
		役員費	85,310
		借料損料	
		業務委託費	
		減価償却費	
		その他	
		その他の費用 j	
		退職給与引当金繰入 k	
		小計 l=(h～k)	635,000
		委託料 m	
合計 f=(a～e)	8,999,000	合計 n=g+l+m	8,999,000

当補助制度以外の補助金収入がある場合は、
内訳を記載した書類を別添してください

別紙様式5の2(給与費明細書)の計の欄
の合計と一致させてください

この抄本は、原本と相違ないことを証明します。収入と支出の合計額を一致させてください

令和〇年〇月〇日

住所 福島市杉妻町2-16

法人名 社会福祉法人 地域医療会

代表者名 理事長 地域 太郎 印

役職名も記入してください

法人印必須です
原本を郵送にて提出してください

水色のセル が記入箇所です

負担能力指数算出表

記載例

法人名 社会福祉法人 地域医療会
 保育施設名 特別養護老人ホーム福島園ふくしま託児所

前々年度の決算書から金額を記入してください

収 益				費 用			
保育施設を運営する施設の医業収益	保育施設を運営する施設の医業外収益	保育施設を運営する施設の特別利益	計	保育施設を運営する施設の医業費用	保育施設を運営する施設の医業外費用	保育施設を運営する施設の特別損失	計
千円	千円	千円	A 千円	千円	千円	千円	B 千円
445,210	4,130	0	449,340	425,355	4,380	0	429,735

補助を受けようとする年度の 前々年度の施設決算における 当期剰余金	(A-B)
	千円
	19,605

負担能力指数

(注) 前々年度の決算書から金額を記入すること。また、千円未満については、収益は切り上げ、費用は切り捨てること。
 社会福祉法人の場合、医業収益・費用をサービス活動収益・費用、医業外収益・費用をサービス活動外収益・費用と置き換えること。

別紙(歳入歳出予算書抄本)の支出の部の「合計nの額」に一致します

施設内保育施設運営費に係る設置者負担見込額			施設内保育施設運営標準経費額による設置者負担見込額		
施設内保育施設運営費見込額	保育料等収入	設置者負担見込額	※施設内保育施設運営標準経費額	保育料等収入	設置者負担見込額
a	b	c(a-b)	d	e	f(d-e)
千円	千円	千円	千円	千円	千円
8,999	1,300	7,699	7,007	1,300	5,707

補助を受けようとする年度の 施設内保育施設運営費に係る 設置者負担額	(c又はfの少ない方の額)
	千円
	5,707

3.4

(注) 「施設内保育施設運営費見込額(a)」は事業年度予算額の施設内保育施設運営費用の合計額
 「保育料等収入(b, e)」は事業年度予算額における施設内保育施設運営収益のうち、補助金収入及び設置者負担額を除いた額

別紙(歳入歳出予算書抄本)の収入の部の「合計fの額」から「補助金収入b」と「設置者負担額c」を引いた額に一致します

※「施設内保育施設運営標準経費額」(d)

4月1日現在の利用児童数	保育士等の数(注)	標準人件費(年額)	その他の経費	施設内保育施設運営標準経費額
α	β(α÷2.6)	γ	δ	ε(β×γ+δ)
人	人	円	円	円
4	2	3,186,000	635,000	7,007,000

算出された数値がA型特例及びA型にあつては2人、B型にあつては4人、B型特例にあつては10人を下回る場合は、それぞれ2、4、10に数値を修正してください

別紙(歳入歳出予算書抄本)の支出の部の「小計lの額」に一致します

(注) ただし、算出された「保育士等の数」が、A型特例及びA型にあつては2人、B型にあつては4人、B型特例にあつては10人を下回る場合は、それぞれ2人、4人、10人とする。

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： 介護従事者の子育て支援のための施設内保育施設運営支援事業

1 収入

(単位：円)

科 目		金 額
福島県地域医療介護総合確保基金事業補助金※		a 2,124,000 円
その他		b 6,875,000 円
内	国庫補助金 (補助金名：)	円
	県・市町村等補助金等 (※を除く) (補助金名：)	c 0 円
	自己財源又は一般財源 (内、借入金又は地方債)	d 5,575,000 円
訳	寄付金	円
	その他 ()	e 1,300,000 円
合計		f 8,999,000 円

別紙様式5(所要額調書)で算出したF欄の所要額に一致します

$b = f - a$

当補助制度以外の補助金収入がある場合は、補助金名と金額を記入してください

$d = f - a - c - e$

別紙(歳入歳出予算書抄本)の収入の部の「保育料収入a」+「おやつ代d」+「その他の収入e」の合計に一致します

別紙(歳入歳出予算書抄本)の収入の部の「合計fの額」に一致します

2 支出

(単位：円)

項 目	金 額
補助事業費のうち補助対象経費	8,364,000 円
補助事業費のうち補助対象外経費	635,000 円
合計	8,999,000 円

別紙様式5の2(給与費明細書)の計の欄の合計に一致します

別紙(歳入歳出予算書抄本)の支出の部の「合計nの額」に一致します

事業計画書

補助事業者名：社会福祉法人 地域医療会

補助事業名：介護従事者の子育て支援のための施設内保育施設運営支援事業

着手予定期日	令和6年4月1日		当該年度の4月1日から翌年3月31日までの間の 給与支給当初月の月初を記入してください 例) 令和6年4月1日
完了予定期日	令和7年3月31日		当該年度の4月1日から翌年3月31日までの間の 給与支給最終月の月末を記入してください 例) 令和7年3月31日
事業費の内訳（別紙可）	金額		
給与費	8,364,000 円		
事業費用	454,690 円		
事務費用	180,310 円		
その他の費用	0 円		別紙（歳入歳出予算書抄本）の収入の部 から該当する金額がそれぞれ入力されます
退職給与引当金繰入	0 円		
委託料	0 円		
事業費合計	8,999,000 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	2,124,000 円		別紙様式5(所要額調書)で算出した F欄の所要額に一致します 摘要（慣習内訳を記載すること）

水色のセル □ のみ入力
してください

債権者登録(銀行口座)確認票

申請する実施団体名や法人名等と
同一名義となります

	項目	記入欄	記入例	
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	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
		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		

※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

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○年○月○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。

法人名等を入力してください

↓ 必ず選択してください

事業名 (20)介護従事者の子育て支援のための施設内保育施設運営支援事業 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。	
	施設内保育所歳入歳出決算書抄本	<input checked="" type="checkbox"/> 確認した <input type="checkbox"/> 申請なし
	【給与費】 給与明細書の写し	<input checked="" type="checkbox"/> 確認した <input type="checkbox"/> 申請なし
	【事業費用】 明細書、請求書、領収書等の写し	<input checked="" type="checkbox"/> 確認した <input type="checkbox"/> 申請なし
	【事務費用】 明細書、請求書、領収書等の写し	<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
		<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	保育士等職員給与費明細書(別紙様式5の2)	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
5	所要額調書(別紙様式5)	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
6	事業計画書(別紙様式6)	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
7	負担能力指数算出表	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
	施設内保育所歳入歳出予算書抄本(別紙)	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
	経費(旅費、テキスト代、受講料等)の積算根拠を確認できる見積書や受講案内、価格表等 支払が完了している経費は、請求書、領収書等 ※必ず提出してください 旅費を申請している場合は、法人の旅費規程	<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）

記載例

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 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

福島県知事

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 ふくしま託児所 施設長 地域 花子
電話番号 024-521-8620

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
介護従事者の子育て支援のための施設内保育施設運営支援事業
2 補助金交付申請額
金 2,124,000 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 ふくしま託児所 施設長 地域 花子
電話番号 024-521-8620

別紙様式5(所要額調書)で算出したF欄の所要額に一致します

※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！！

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

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

記

1 補助金交付見込額

Table with 3 columns: 番号, 事業名, 交付見込額 (円). Row 1: 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)