

事業計画書

(9)多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業(主催)

1 基本事項

公募時に提出した事業計画書に対応するように入力してください

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福島園 地域 花子
	住所	福島市杉妻町2-15
	T E L	024-345-6789
	F A X	987-654-3210
	E - mail	tiikiiryokaigo@pref.fukushima.lg.jp

2 事業計画

区分	内容
名称	認知症研修会
開催期日	令和5年11月17日(木) 令和5年11月18日(金)
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)参加者数の見込み	(1)参加者(参集範囲) 介護老人保健施設の職員 (2)参加者数(見込み) 10名
内容 (テーマ、講師名、時間割等) 次第の添付でも可	(テーマ、講師名、時間割等) テーマ:「認知症の気持ちに寄り添う」思いを理解して関わる 講師: 県庁 太郎 時間: 11/17 10:00~17:00 11/18 9:00~13:00 内容: ①認知症のケア ②脳のしくみ ③機能障害と心理 ④予防 ⑤認知介護スペシャリストを目指す
事業の目的	認知症の方の気持ちを理解し寄り添うことで安心して生活ができる環境提供する。 多くの社員に研修をし資質向上とサービス向上を目的とする。

改行する場合は、「スペース」キーを使用せず「Alt」キーを押しながら「Enter」キーを押して改行してください

※1つの団体が複数回研修会等を開催する場合は、研修会ごとに1部作成すること。

※オンラインで研修会等を実施する場合は双方向型とすること。

3 事業費

区 分	税 抜	消 費 税	合 計	積 算
【補助対象経費】 報償費	200,000	20,000	220,000	合計 講師謝金@100,000×2日 0 0 0 0
旅費	41,455	4,145	45,600	合計 講師交通費(見積書添付) 宿泊費(見積書添付) 0 0 0
需用費	500	50	550	合計 食糧費(講師茶菓代) 0 0 0
役務費	200	20	220	合計 手数料(銀行振込時の手数料) 0 0 0 0
委託料			0	合計 0 0 0 0
使用料及び賃借料	20,000	2,000	22,000	合計 会場使用料(見積書添付) 0 0 0 0
補助対象経費計	262,155	26,215	288,370	
【補助対象外経費】 寄付金その他の収入金				
消費税及び地方消費税	26,215			
補助対象外経費計	26,215			
総事業費	288,370			

積算根拠がわかるよう見積書等を添付するか「費目、単価×数量」を記入してください

費目が多い場合は、任意様式で一覧表を作成し添付してください

<記入例>

講師謝金 @10000×10日
旅費 @500×10日×2(往復)
介護用品(一覧表添付)
印刷費(見積書添付)
切手 @84×100枚、@94×100枚
研修委託費(見積書添付)
会場使用料(見積書添付)

<需用費に該当する内容>

消耗品費
印刷製本費(チラシ印刷代、コピー代)
食糧費(講師茶菓代)

<役務費に該当する内容>

通信運搬費(切手代、FAX代)、広告料、手数料(経費の銀行振込手数料)、保険料

<委託料に該当する内容>

研修事業を外部へ委託する場合の費用

<使用料及び賃借料に該当する内容>

借上料(介護用具のレンタル代、オンライン講座用WEBシステム利用料)
会場使用料

受講料を徴取する場合は、必ず「寄付金その他の収入金」に金額と内訳を記入してください

<記入例>

受講料@1000×50名(保険料として徴取)

※合計欄には区分毎の合計額を記入すること
ただし、消費税法(昭和63年法律第108号)
地方消費税は補助事業対象経費としない。

★公募時から事業内容に変更が生じている場合は、
実態に合わせて内容や金額を正しく修正してください

事業計画書

(9)多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業(主催)

公募時に提出した事業計画書に対応するように入力してください

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福島園 地域 花子
	住所	福島市杉妻町2-15
	T E L	024-345-6789
	F A X	987-654-3210
	E - mail	tiikiiryokaigo@pref.fukushima.lg.jp

2 事業計画

区分	内容
名称	キャリアパス対応スキルアップ研修
開催期日	令和5年5月～令和6年2月(計12回)
開催場所	介護老人保健施設 地域苑 会議室
参加者 (1)参加者(参集範囲) (2)参加者数の見込み	(1)参加者(参集範囲) 法人が運営する介護事業所に勤務する管理職及び指導職 (2)参加者数(見込み) 10名～30名
内容 (テーマ、講師名、時間割等) 次第の添付でも可	(テーマ、講師名、時間割等) ※別紙資料添付
事業の目的	法人施設の中核的役割を担う管理職と指導職のさらなるスキルアップ及び職員全体のスキルアップを目指す。 キャリアパス制度の軸となる役割資格等級制度、人事考課制度、給与制度、研修体系等について、職員の制度理解を深め、成員性向上を図る。

※1つの団体が複数回研修会等を開催する場合は、研修会ごとに1部作成すること。

※オンラインで研修会等を実施する場合は双方向型とすること。

3 事業費

区 分	税 抜	消 費 税	合 計	積 算 内 訳
【補助対象経費】			1,056,000	合計
報償費	960,000	96,000	1,056,000	講師謝金@80,000X12回(契約書添付)
			0	
			0	
			0	
旅費				合計
			0	
			0	
			0	
需用費				合計
			0	
			0	
			0	
役務費				合計
			0	
			0	
			0	
委託料				合計
			0	
			0	
			0	
使用料及び賃借料				合計
			0	
			0	
			0	
補助対象経費計	960,000	96,000	1,056,000	
【補助対象外経費】				
寄付金その他の収入金				
消費税及び地方消費税	96,000			
補助対象外経費計	96,000			
総事業費	1,056,000			

※合計欄には区分毎の合計額を記入すること
 ただし、消費税法(昭和63年法律第108号)
 地方消費税は補助事業対象経費としない。

★公募時から事業内容に変更が生じている場合は、
 実態に合わせて内容や金額を正しく修正してください

別紙様式1										
所要額調書										記載例
(9)多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業(主催)										公募時
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	寄附金 その他の 収入額	消費税 及び 地方消費税	差引額 (A-B-C)D	対象経費 の支出 予定額	基準額	選定額	補助率	補助金 所要額	備考欄
	A	B	C		E	F		H	I	
(9)多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業(主催)	288,370	0	26,215	262,155	262,155	625,000	262,155	4/5	209,000	認知症研修会
(9)多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業(主催)	1,056,000	0	96,000	960,000	960,000	625,000	625,000	4/5	500,000	キャリアパス対応スキルアップ研修
0	0	0	0	0	0		0		0	
合計	1,344,370	0	122,215	1,222,155	1,222,155	1,250,000	887,155		709,000	

(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) H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。

別紙様式1										
所要額調書										記載例
(9)多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業(主催)										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	寄附金 その他の 収入額	消費税 及び 地方消費税	差引額 (A-B-C)D	対象経費 の支出 予定額	基準額	選定額	補助率	補助金 所要額	備考欄
	A	B	C		E	F	G	H	I	
(9)多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業(主催)	288,370	0	26,215	262,155	262,155	262,155	262,155	4/5	209,000	認知症研修会
(9)多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業(主催)	1,056,000	0	96,000	960,000	960,000	625,000	625,000	4/5	500,000	キャリアパス対応スキルアップ研修
0	0	0	0	0	0		0		0	
合計	1,344,370	0	122,215	1,222,155	1,222,155	887,155	887,155		709,000	

(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) H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。

交付申請時の基準額は、公募時に県へ提出した別紙様式1(所要額調書)のG欄の「選定額」の金額を記入してください
(注1)別紙補助事業一覧の基準額ではありません
(注2)補助金所要額ではありません

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： （9）多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業（主催）

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※	709,000 円	
その他	635,370 円	
内 訳	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：)	円
	自己財源又は一般財源 (内、借入金又は地方債)	635,370 円 (円)
	寄付金	円
	その他 ()	0 円
合計	1,344,370 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

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	1,222,155 円	
補助事業費のうち補助対象外経費	122,215 円	
合計	1,344,370 円	

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：（9）多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業（主催）

（単位：円）

着手予定期日	令和5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6年3月31日	
事業費の内訳（別紙可）	金額	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
報償費	1,276,000 円	
旅費	45,600 円	
需用費	550 円	
役務費	220 円	
委託料	0 円	
使用料及び賃借料	22,000 円	
寄付金その他の収入金	0 円	
事業費合計	1,344,370 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	709,000 円	摘要（積算内訳を記載すること）

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

福島県知事

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

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福島園 地域 花子
電話番号 024-345-6789

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

(9) 多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業（主催）

2 補助金交付申請額

金 709,000 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

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

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 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