

事業計画書
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

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5年6月11日～令和5年12月10日 第31期 令和5年8月11日～令和6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
			0 0 0	
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。

別紙様式1

記載例

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)

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 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。

別紙様式1

記載例

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	

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」の金額と再度算出した基準額を比較して、少ない方の金額を記入してください

- (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。

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	

第2号様式（第3条関係）

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		
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）

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

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

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

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

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	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;"> 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 </div>
		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