

事業実績書

(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

交付申請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 事業実績

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	(1)参加者(参集範囲) 介護老人保健施設の職員 (2)参加者数 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
事業の効果	研修を通して認知症ケアの専門的な知識を学ぶことができ、社員の資質向上とサービス向上につながった。

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
旅費	0	0	0	合計
需用費	500	50	550	合計 食糧費(講師茶菓代)
役務費	200	20	220	合計 手数料(銀行振込時の手数料)
委託料			0	合計
使用料及び賃借料	0	0	0	合計
補助対象経費計	200,700	20,070	220,770	
【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	20,070			
補助対象外経費計	20,070			
総事業費	220,770			

積算根拠がわかるよう納品書、請求書、領収書等を必ず添付してください

費目が多い場合は、任意様式で一覧表を作成し別添してください

<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 @220000×1回
 切手 @84×100枚、@94×100枚
 研修委託費 @15000×15回
 会場使用料 @33000×2回
 人件費 時間単価@1000×
 作業時間1日2時間×30日

<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)

※納品書、請求書、領収書等を添付すること。

※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。

★実態に合わせて内容や金額を正しく修正してください

事業実績書

(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

交付申請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 事業実績

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8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	(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 15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
事業の効果	法人施設の中核的役割を担う管理職と指導職の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、職員の制度理解が深まり、成員性向上につながった。

※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】 報償費	640,000	64,000	704,000	合計 講師謝金@80,000×8回
			0	
			0	
			0	
旅費			0	合計
			0	
			0	
			0	
需用費			0	合計
			0	
			0	
			0	
役務費			0	合計
			0	
			0	
			0	
委託料			0	合計
			0	
			0	
			0	
使用料及び賃借料			0	合計
			0	
			0	
			0	
補助対象経費計	640,000	64,000	704,000	
【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	64,000			
補助対象外経費計	64,000			
総事業費	704,000			

※納品書、請求書、領収書等を添付すること。

※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)第10条第1項第2号
地方消費税は補助事業対象経費としない。

★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)										変更承認申請時
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)	220,770	0	20,070	200,700	200,700	262,155	200,700	4/5	160,000	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)	704,000	0	64,000	640,000	640,000	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	0
合計	924,770	0	84,070	840,700	840,700	887,155	825,700		660,000	

(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3										
精算額調書										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)										事業完了時
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)	220,770	0	20,070	200,700	200,700	200,700	200,700	4/5	160,000	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)	704,000	0	64,000	640,000	640,000	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	0
合計	924,770	0	84,070	840,700	840,700	825,700	825,700		660,000	

(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、補助対象経費の実支出額を記入すること(=D欄の金額に一致すること)。
(注3) F欄には、直近の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、直近の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。
(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。

事業完了時の基準額は、直近の交付申請時または変更承認申請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 精 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※	660,000 円	
その他	264,770 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)	264,770 円 (円)
	寄付金	円
	その他 ()	0 円
合計	924,770 円	

第9号(収支精算書)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	840,700 円	
補助事業費のうち補助対象外経費	84,070 円	
合計	924,770 円	

事業実績書

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）

着手年月日	令和5年4月1日	着手年月日は、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	
完了年月日	令和6年2月28日		
事業費の内訳（別紙可）	金額		
報償費	924,000 円	完了年月日は、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)①交付決定日、②支払完了日、③研修終了日、④委託契約満了日の日付で一番遅い日を記入すること	
旅費	0 円		
需用費	550 円		
役務費	220 円		
委託料	0 円		
使用料及び賃借料	0 円		
人件費	#REF! 円		
寄付金その他の収入金	0 円		
事業費合計	#REF! 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	660,000 円	摘要（積算内訳を記載すること）	

	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6年3月1日
福島県知事	第8号(事業実績書)の完了年月日から起算して30日以内の日付を記入してください (ただし、事業年度内の日付としてください)	
	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実績報告書

下記のとおり福島県地域医療介護総合確保基金事業を実施したので、福島県補助金等の交付等に関する規則第13条第1項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10条第1項の規定により、その実績を報告します。

記

- 1 補助金の交付決定年月日
令和○年○月○日 令和●年●月●日
※変更した事業は、変更交付決定年月日も記入してください
- 2 補助金交付決定額
金 660,000 円
※変更した事業は、変更交付決定額の方を記入してください
- 3 添付書類
(1) 事業実績書（第8号様式）
(2) 収支精算書（第9号様式）
(3) その他

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6年2月28日

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完了報告書

福島県地域医療介護総合確保基金事業について、下記のとおり完了したので報告し

ま

交付決定通知書に記載された「交付決定年月日」と「指令番号」を記入してください

記

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)	
交付決定年月日	令和〇年〇月〇日付け福島県指令生福第〇〇〇〇号 令和●年●月●日付け福島県指令生福第●●●●号	
交	金 660,000 円	交付決定額を記入してください※変更した事業は変更交付決定額の方を記入してください
着 于 年 月 日	令和5年4月1日	
完了年月日	令和6年2月28日	

※変更した事業は、下段に「変更交付決定年月日」と「変更指令番号」も記入してください

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6年3月31日

提出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請求書

福島県から交付決定のあった令和 5 年度福島県地域医療介護総合確保基金事業補助金について、下記により交付してください **忘れずに年度を記入してください**

記

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）
交付決定額 (A) 又は交付確定額	660,000円
受領済額 (B)	0円
今回請求額 (C)	660,000円
残 額 (D)	0円