

事業実績書
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

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地域園 施設長 地域 花子
	住所	法人住所と同じ
	T E L	024-521-8620
	F A X	024-521-5520
	E - mail	tiikiiryokaigo@pref.fukushima.lg.jp

2 事業実績

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 第30期 15名 第31期 10名
事業の効果	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することができた。将来の人材確保につながった。

※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	25	1,750,000	一般
補助対象経費計			1,750,000	
【補助対象外経費】 寄付金その他の収入金			137,500	テキスト代@5,000×25=125,000円 保険料@500×25=12,500円
補助対象外経費計			137,500	
総事業費			1,887,500	

※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										
所要額調書										記載例
介護未経験者に対する研修支援事業(主催事業)										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 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)	1,887,500	137,500	0	1,750,000	1,750,000	1,500,000	1,500,000	10/10	1,500,000	①介護職員初 任者研修の主 催
合計	1,887,500	137,500	0	1,750,000	1,750,000	1,500,000	1,500,000		1,500,000	

(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3										
精算額調書										記載例
介護未経験者に対する研修支援事業(主催事業)										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 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)	1,887,500	137,500	0	1,750,000	1,750,000	1,500,000	1,500,000	10/10	1,500,000	①介護職員初 任者研修の主 催
合計	1,887,500	137,500	0	1,750,000	1,750,000	1,500,000	1,500,000		1,500,000	

事業完了時の基準額は、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
<例> (1) 変更承認申請時の「選定額」1,500,000
(2) 再度算出した基準額60,000円×25名=1,500,000
(3) (1)と(2)を比較し、少ない方の金額を記入

(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) 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 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： 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※		1,500,000 円	
その他		387,500 円	
内 訳	国庫補助金 (補助金名：)	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
	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)	250,000 円 (円)	
	寄付金	円	
	その他 ()	137,500 円	
合計		1,887,500 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	1,750,000 円	
補助事業費のうち補助対象外経費	137,500 円	
合計	1,887,500 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：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	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
学則に定める受講料	1,750,000 円	
寄付金その他の収入金	137,500 円	
	円	
	円	
事業費合計	1,887,500 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	1,500,000 円	摘要（積算内訳を記載すること）

第7号様式（第10条関係）

福島県知事	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
	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)	令和6年3月1日	
	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

- 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
- 補助金交付決定額
金 1,500,000 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
- 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

第6号様式（第9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6年2月28日

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 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

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	介護未経験者に対する研修支援事業（主催事業）	
交付決定年月日	令和○年○月○日付け福島県指令生福第○○○○号 令和●年●月●日付け福島県指令生福第●●●●号	
交付額	金 1,500,000 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
着手年月日	令和5年4月1日	
完了年月日	令和6年2月28日	

第11号様式（第12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6年3月31日

提出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 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	介護未経験者に対する研修支援事業（主催事業）
交付決定額（A） 又は交付確定額	1,500,000円
受領済額（B）	0円
今回請求額（C）	1,500,000円
残 額（D）	0円