

プルダウンから該当する事業名を選択

記載例

事業計画書

計画書①

(10)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(資格)  
①喀痰吸引等研修、ファーストステップ研修、認定介護福祉士養成研修

下段プルダウンから事業内容も選択  
※(9)は選択不要

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	969-0123		
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2-16	
	T E L	012-345-6789	
	F A X	987-654-3210	
	E - mail	tiikiiryokaigo@pref.fukushima.lg.jp	

2 事業計画

別紙のとおり

事業計画は、別紙に入力してください

3 事業費

区分	税抜	消費税	合計	積算内訳
【補助対象経費】				
旅費	63,864	6,386	70,250	別紙のとおり
需用費	0	0	0	別紙のとおり
負担金	275,272	27,528	302,800	別紙のとおり
補助対象経費計	339,136	33,914	373,050	
【補助対象外経費】				
寄付金その他の収入金	0			
消費税及び地方消費税	33,914			
補助対象外経費計	33,914			
総事業費	373,050			

別紙の合計が自動で入力されます  
別紙から先に作成してください

※合計欄には区分毎の合計額を記入する。

ただし、消費税法(昭和63年法律第108号)に規程する消費税及び地方税法(昭和25年法律第226号)に規程する地方消費税は補助事業対象経費としない。

〈別紙〉

〈別紙〉の入力項目は3つあります  
1事業の目的 2事業計画 3事業費 それぞれ入力してください

1 事業の目的

団体等名

社会福祉法人 地域医療会

研修参加により介護施設職員としてのスキルアップを図る

2 事業計画

No.	研修名	開催期日	開催場所	参加者		研修の内容
				職名	氏名	
1	喀痰吸引研修	令和5年9月16日-12月15日(通信) 令和5年12月16日、17日(通学)	eラーニング(通信) 福島市福島園(通学)	介護職員	福島 太郎	喀痰吸引等専門的技術習得のための研修
2	ファーストステップ研修	令和5年6月12日-12月25日(15日間)	福島県男女共生センター	介護課リーダー	地域 次郎	介護福祉士の専門性を高めるための研修
3	認定介護福祉士養成研修	令和5年11月27日、28日、12月18日、 19日、令和6年1月15日、16日、2月12日、 13日、3月26日、27日	ビックパレットふくしま 郡山市中央公民館	介護福祉士	福島 花子	認定介護福祉士養成のための研修
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

3 事業費

2事業計画と同じ番号に該当するよう記入してください

No.	旅費				需用費				負担金				補助対象経費			参加予 定者名
	税抜	消費税	合計	積算内訳	税抜	消費税	合計	積算内訳	税抜	消費税	合計	積算内訳	税抜	消費税	合計	
1	0	0			0	0			98,000	9,800	107,800	受講料	98,000	9,800	107,800	福島 太郎
2	18,409	1,841	20,250	福島-二本松 私有車@25円× 27km×2×15日	0	0			72,727	7,273	80,000	受講料	91,136	9,114	100,250	地域 次郎
3	45,455	4,545	50,000	福島-郡山 私有車@25×60km ×2×10日=30,000円、高速料 金1,440×2×10日=28,800、 58,800(補助対象50,000円、対 象外8,800円)	0	0			104,545	10,455	115,000	受講料	150,000	15,000	165,000	福島 花子
4	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
5	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
6	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
7	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
8	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
9	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
10	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
11	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
12	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
13	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
14	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
15	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
16	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
17	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
18	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
19	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
20	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
合計	63,864	6,386	70,250		0	0	0		275,272	27,528	302,800		339,136	33,914	373,050	

《対象経費の税抜価格が基準額を上回る場合》  
補助対象経費の税抜価格が基準額と同額になるように上回  
った分の金額を対象外経費としてください

例えば、、、  
多様な人材層に対するキャリアアップ研修支援事業(資格)の  
①認定介護福祉士養成研修の基準額150,000円/人において、  
受講料が150,000円、旅費が58,800円の場合、補助対象経費  
の税抜価格が150,000円になるよう旅費の合計欄に「50000」と  
記入し、積算内訳に「(補助対象50,000円、対象外8,800円)」と  
記入します

## 事業計画書

## (10)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(資格)

②介護支援専門員専門研修、主任介護支援専門員研修、介護福祉士実習指導者講習会、認知症介護実践者リーダー研修

## 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	969-0123		
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2-16	
	T E L	012-345-6789	
	F A X	987-654-3210	
	E - mail	<a href="mailto:tiikiiryokaigo@pref.fukushima.lg.jp">tiikiiryokaigo@pref.fukushima.lg.jp</a>	

## 2 事業計画

別紙のとおり

事業計画は、別紙に入力してください

## 3 事業費

区分	税抜	消費税	合計	積算内訳
【補助対象経費】 旅費	12,273	1,227	13,500	別紙のとおり
需用費	8,600	860	9,460	別紙のとおり
負担金	118,183	11,817	130,000	別紙のとおり
補助対象経費計	139,056	13,904	152,960	
【補助対象外経費】 寄付金その他の収入金	0			
消費税及び地方消費税	13,904			
補助対象外経費計	13,904			
総事業費	152,960			

別紙の合計が自動で入力されます  
別紙から先に作成してください

※合計欄には区分毎の合計額を記入する。

ただし、消費税法(昭和63年法律第108号)に規程する消費税及び地方税法(昭和25年法律第226号)に規程する地方消費税は補助事業対象経費としない。

〈別紙〉

〈別紙〉の入力項目は3つあります  
1事業の目的 2事業計画 3事業費 それぞれ入力してください

1 事業の目的

団体等名

社会福祉法人 地域医療会

外部の研修に参加し介護施設職員のスキルアップを図る

2 事業計画

No.	研修名	開催期日	開催場所	参加者		研修の内容
				職名	氏名	
1	介護支援専門員専門研修 I	令和5年9月(2日間)	オンライン研修	介護支援専門員	福島 花子	介護支援専門員の役割に必要な能力の保持、向上継続的な資質習得を図る
2	主任介護支援専門員更新研修	令和5年7月19日、20日、21日、22日	オンライン研修	主任介護支援専門員	地域 次郎	主任介護支援専門員の役割に必要な能力の保持、向上継続的な資質習得を図る
3	介護福祉士実習指導者講習会	①令和5年7月9日、10日 ②令和5年7月23日、24日	福島県男女共生センター	介護福祉士	地域 花子	介護福祉士養成の学生の実習生を受け入れ、カリキュラムの沿った実習指導の知識を習得する
4	認知症介護実績リーダー研修	令和5年7月27日、28日、29日、8月16日、17日、18日	福島県男女共生センター	介護職	福島 太郎	実践者研修で得られた知識・技術をさらに深め、施設・事業所においてケアチームを効果的・効率的に機能させる能力を習得する
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

3 事業費

2事業計画と同じ番号に該当するよう記入してください

No.	旅費				需用費				負担金				補助対象経費			参加予 定者名
	税抜	消費税	合計	積算内訳	税抜	消費税	合計	積算内訳	税抜	消費税	合計	積算内訳	税抜	消費税	合計	
1	0	0			4,800	480	5,280	テキスト代	25,455	2,545	28,000	受講料	30,255	3,025	33,280	福島 花子
2	0	0			3,800	380	4,180	テキスト代	29,091	2,909	32,000	受講料	32,891	3,289	36,180	地域 次郎
3	4,909	491	5,400	①福島-二本松 私有車 @25kmx27kmx2x4日=2,700	0	0			28,182	2,818	31,000	受講料	33,091	3,309	36,400	地域 花子
4	7,364	736	8,100	福島-二本松 私有車@25× 27km×2×6日	0	0			35,455	3,545	39,000	受講料	42,819	4,281	47,100	福島 太郎
5	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
6	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
7	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
8	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
9	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
10	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
11	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
12	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
13	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
14	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
15	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
16	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
17	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
18	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
19	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
20	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
合計	12,273	1,227	13,500		8,600	860	9,460		118,183	11,817	130,000		139,056	13,904	152,960	

## 事業計画書

## (10)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(資格)

## ③地域密着型サービス外部評価調査員養成研修、認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修

## 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	969-0123		
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2-16	
	T E L	012-345-6789	
	F A X	987-654-3210	
	E - mail	<a href="mailto:tiikiiryokaigo@pref.fukushima.lg.jp">tiikiiryokaigo@pref.fukushima.lg.jp</a>	

## 2 事業計画

別紙のとおり

事業計画は、別紙に入力してください

## 3 事業費

区分	税抜	消費税	合計	積算内訳
【補助対象経費】 旅費	9,981	999	10,980	別紙のとおり
需用費	0	0	0	別紙のとおり
負担金	26,363	2,637	29,000	別紙のとおり
補助対象経費計	36,344	3,636	39,980	
【補助対象外経費】 寄付金その他の収入金	0			
消費税及び地方消費税	3,636			
補助対象外経費計	3,636			
総事業費	39,980			

別紙の合計が自動で入力されます  
別紙から先に作成してください

※合計欄には区分毎の合計額を記入する。

ただし、消費税法(昭和63年法律第108号)に規程する消費税及び地方税法(昭和25年法律第226号)に規程する地方消費税は補助事業対象経費としない。

〈別紙〉

〈別紙〉の入力項目は3つあります  
1事業の目的 2事業計画 3事業費 それぞれ入力してください

1 事業の目的

団体等名

社会福祉法人 地域医療会

専門知識と技能を取得を図ることにより、専門知識性を高め、資質向上を目的とする。

2 事業計画

No.	研修名	開催期日	開催場所	参加者		研修の内容
				職名	氏名	
1	地域密着型サービス外部評価調査員養成研修	令和6年1月11日、12日、13日～2月6日(実習)、2月7日	オンライン研修 訪問調査(福島県内)	介護職員	福島 太郎	外部評価調査員養成のための研修
2	認知症介護基礎研修	令和5年11月18日	郡山ユラックス熱海	介護職員	福島 花子	認知症介護の基礎的な知識・技術を学ぶ研修
3	認知症介護実践者研修	令和5年9月15日、17日、10月5日、6日、11月19日	福島県とうほうみんなの文化センター	介護福祉士	地域 次郎	認知症ケアに係る専門的な知識習得の研修
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						



3 事業費

2事業計画と同じ番号に該当するよう記入してください

No.	旅費			積算内訳	需用費			積算内訳	負担金			積算内訳	補助対象経費			参加予定者名
	税抜	消費税	合計		税抜	消費税	合計		税抜	消費税	合計		税抜	消費税	合計	
1	4,450	445	4,895	福島-郡山 私有車@25×99 km=2,475、高速料金福島西 IC-郡山IC1,210×2=2,420	0	0			0	0	0	受講料無料	4,450	445	4,895	福島 太郎
2	4,736	474	5,210	福島-郡山 私有車@25×51 km×2=2,550、高速料金福島 西IC-磐梯熱海IC1,330×2= 2,660	0	0			2,727	273	3,000	受講料	7,463	747	8,210	福島 花子
3	795	80	875	事業所-福島 私有車@25× 3.5km×2×5日	0	0			23,636	2,364	26,000	受講料	24,431	2,444	26,875	地域 次郎
4	0	0			0	0			0	0			0	0	0	
5	0	0			0	0			0	0			0	0	0	
6	0	0			0	0			0	0			0	0	0	
7	0	0			0	0			0	0			0	0	0	
8	0	0			0	0			0	0			0	0	0	
9	0	0			0	0			0	0			0	0	0	
10	0	0			0	0			0	0			0	0	0	
11	0	0			0	0			0	0			0	0	0	
12	0	0			0	0			0	0			0	0	0	
13	0	0			0	0			0	0			0	0	0	
14	0	0			0	0			0	0			0	0	0	
15	0	0			0	0			0	0			0	0	0	
16	0	0			0	0			0	0			0	0	0	
17	0	0			0	0			0	0			0	0	0	
18	0	0			0	0			0	0			0	0	0	
19	0	0			0	0			0	0			0	0	0	
20	0	0			0	0			0	0			0	0	0	
合計	9,981	999	10,980		0	0	0		26,363	2,637	29,000		36,344	3,636	39,980	

## 所要額調書

記載例

## (10)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(資格)

手入力してください

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
(11)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(資格)	373,050	0	33,914	339,136	339,136	450,000	339,136	10/10	339,000	①喀痰吸引等研修、 ファーストステップ研修、 認定介護福祉士養成研 修
(11)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(資格)	152,960	0	13,904	139,056	139,056	240,000	139,056	10/10	139,000	②介護支援専門員専門 研修、主任介護支援専 門員研修、介護福祉士 実習指導者講習会、認 知症介護実践者リー ダー研修
(11)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(資格)	39,980	0	3,636	36,344	36,344	90,000	36,344	10/10	36,000	③地域密着型サービス 外部評価調査員養成研 修、認知症介護基礎研 修、認知症介護実践者 研修
合計	565,990	0	51,454	514,536	514,536	780,000	514,536		514,000	

(注1) 寄附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： (10) 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（資格）

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※	514,000 円	
その他	51,990 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)	51,990 円 ( 円)
	寄付金	円
	その他 ( )	円
合計	565,990 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	514,536 円	
補助事業費のうち補助対象外経費	51,454 円	
合計	565,990 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： (10) 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（資格）

(単位：円)

			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、研修申込日や見積書取得日を着手予定期日とすること
着手予定期日	令和6年4月1日		
完了予定期日	令和7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、研修終了日、修了証明書日、伝達研修日、合格通知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 例えば、研修終了日が3月8日の場合、修了証明書発行が遅延することを予測し、3月31日を完了予定期日とする等
旅費	461,800 円		
需用費	9,460 円		
負担金	461,800 円		
事業費合計	933,060 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	514,000 円		摘要（積算内訳を記載すること）

## 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 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

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

派遣用

# 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 **(10)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(資格)** 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 <b>提出書類一式</b> 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。	
	【旅費】 旅費の清算書の写し、領収書等の写し	<input checked="" type="checkbox"/> 確認した <input type="checkbox"/> 申請なし
	【需用費】 納品書、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
	【負担金】 請求書、領収書等の写し ※介護支援専門員研修は手数料振込書の写し	<input checked="" type="checkbox"/> 確認した <input type="checkbox"/> 申請なし
	【職員の立替払、領収書等が職員名の場合】 職員へ支払った支給金の受領書または会計伝票等の写し	<input checked="" type="checkbox"/> 確認した <input type="checkbox"/> 申請なし
	事業完了時提出書類 修了証明書等の写し	<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	

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		<input type="checkbox"/> 添付した
5	所要額調書(別紙様式1)	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
6	事業計画書(別紙様式2(派遣用))	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
7	補助対象経費の金額がわかる書類(見積書、開催通知等)	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
	研修名、研修内容、開催期日、開催場所を確認できる資料やパンフレット、開催通知等	<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 特別養護老人ホーム福島園 地域 花子  
電話番号 012-345-6789

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

- 補助事業名  
(10) 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（資格）
- 補助金交付申請額  
金 514,000 円
- 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 特別養護老人ホーム福島園 地域 花子  
電話番号 024-345-6789

※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

番号	事業名	交付見込額（円）
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）