

事業実績書
介護未経験者に対する研修支援等事業(主催)
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 事業実績

区分	内容
開催期日	第30期 令和6年6月11日～令和6年12月10日 第31期 令和6年8月11日～令和7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。

事業を実施した結果、得られた効果を具体的に記入してください

※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。

所要額調書

介護未経験者に対する研修支援等事業(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 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。

精算額調書

介護未経験者に対する研修支援等事業(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 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、公募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。

第9号様式（第10条関係）

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等事業（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※	1,500,000 円	
その他	387,500 円	
内	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
訳	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	

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	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	

第8号様式（第10条関係）

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等事業（主催）

（単位：円）

			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
着手年月日	令和6年4月1日		
完了年月日	令和7年3月31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
令和6年3月1日

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)

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

水色のセル □のみ入力してください

＜法人格のない団体の場合＞
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

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7年1月31日 令和7年2月22日
※変更を提出した場合は、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 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
- 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

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7年3月31日

福島県知事

水色のセル □ のみ入力してください

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完了報告
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

＜法人格のない団体の場合＞
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

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等事業（主催）
交付決定年月日	令和7年1月31日付け福島県指令生福第1234号 令和7年2月22日付け福島県指令生福第1234号
交付額	金 1,500,000 円
着手年月日	令和6年4月1日
完了年月日	令和7年3月31日

※変更を提出した場合は、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

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

初任者研修主催用

事業完了時チェックリスト

- ・提出書類に不備が確認された場合は、書類の修正・再提出が必要になり、審査に時間を要する可能性があります。
- ・不備の解消が完了するまで補助金をお支払いすることができません。

(4)介護未経験者に対する研修等支援事業(主催事業)

法人名等 社会福祉法人 地域医療会

1. 変更承認申請の要否

提出前に項目を確認し
チェックしてください

No	項目	✓欄
1	交付決定時から補助対象経費が2割以上増額又は減額になる 必要例: 交付決定時 補助対象経費 100,000円 完了時 補助対象経費 79,000円 ←2割以上減	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	不要例: 交付決定時 補助対象経費 100,000円 完了時 補助対象経費 81,000円 ←2割以内減	
2	交付決定時から補助対象経費の経費の費目間の流用で2割以上の増減が発生する ※保育施設を除く 必要例: 交付決定時 補助対象経費 100,000円 需用費 80,000円 役務費 20,000円 完了時 補助対象経費 90,000円(2割以内減) 需用費 65,000円 ←2割以内の減 役務費 25,000円 ←2割以上の増	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	不要例: 交付決定時 補助対象経費 100,000円 需用費 80,000円 役務費 20,000円 完了時 補助対象経費 88,000円(2割以内減) 需用費 65,000円 ←2割以内の減 役務費 23,000円 ←2割以内の増	
3	補助事業を中止又は廃止する	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ

※上記のいずれかの「口はい」に☑がはいつた場合、変更承認申請の手続きが必要になります

2. 提出書類

提出書類に不足がないか
チェックしてください

No	書類	✓欄
1	事業完了時チェックリスト(本紙)	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
2	完了報告書(第6号様式)	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
3	実績報告書(第7号様式)	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
4	事業実績書(第8号様式)	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
5	収支清算書(第9号様式)	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
6	精算額調書(別紙様式3)	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
7	事業実績書(別紙様式4(初任者研修主催用))	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
8	補助対象経費の金額がわかる書類	
	事業内容を確認できる学則、日程表、募集要項、チラシ等	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
	事業の様子を確認できる写真	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
	【学則に定める受講料】領収書の写し	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
	補助金対象者名簿	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
	修了証明書の写し	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
	【未就労者】福祉人材センターに登録したことがわかる書類(求職登録完了通知)	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
【就労者】介護事業所等の在職証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した	
9	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
10	交付請求書(第11号様式) ※補助金額の確定通知を受けた後、提出してください。	<input checked="" type="checkbox"/> 額の確定後に提出する

提出前に項目を確認し
チェックしてください

3. 提出前チェック項目

No	書類	✓欄
1	交付を受けた事業名毎に変更承認申請書類一式を作成しましたか。	<input checked="" type="checkbox"/> 作成した
2	証憑書類(契約書、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日から翌年3月31日以内であることを確認しましたか。	<input checked="" type="checkbox"/> 確認した
3	証憑書類の日付、宛名、品名、但し書き、発行者に記入漏れがないことを確認しましたか。	<input checked="" type="checkbox"/> 確認した

第11号様式（第12条関係）

水色のセル のみ入力してください

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7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

<法人格のない団体の場合>
 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

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6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等事業（主催）
交付決定額（A） 又は交付決定額	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

第11号様式は実績報告書類の審査が完了し補助金額が確定した後に提出する流れとなります。

[完了届・実績報告書類一式の提出]

↓

[確定通知(県から確定通知書を送付)]
 ※交付決定額から変更がなければ省略
 ※省略の場合は、県からメールまたは電話にて審査完了の連絡を行います。

↓

[第11号様式(請求書)の提出]

↓