

別紙様式2(派遣用)

プルダウンから選択してください

事業計画書

(12)認知症ケアに携わる人材の育成のための研修事業(派遣)

水色のセルのみ入力してください

1 基本事項

法人名等	社会福祉法人 ふくしま		法人名のみ記載
代表者名	理事長 福島 一郎		代表者役職名および代表者名
法人郵便番号・住所	960-8670 福島市杉妻町2-16		
電話番号	024-521-8620		
連絡先	担当者所属	福祉課	
	氏名	主任 福島 一子	
	郵便番号	960-8670	
	住所	福島県福島市杉妻町2-16	
	TEL	024-521-8620	
	FAX	024-521-7917	
	E-mail	tiikiiryokaigo@pref.fukushima.lg.jp	

- 2 事業計画
別紙のとおり
- 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	0	0	0	
需用費	0	0	0	別紙のとおり
負担金	13,635	1,365	15,000	別紙のとおり
補助対象経費計	13,635	1,365	15,000	
【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	1,365			
補助対象外経費計	1,365			
総事業費	15,000			

※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〉

1 事業の目的

団体等名社会福祉法人 ふくしま

主として将来のチームマネジメントを担うことが想定される中堅層の介護職員に対するキャリアパスを支援し、定着促進や現場のリーダー等の育成による介護サービスの質の向上を図る。

2 事業計画

No.	名称(派遣研修名)	開催期日	開催場所	参加(予定)者				
				所属施設名	職名	氏名	介護職年数	支払い
1	認知症介護基礎研修	令和×年〇月〇〇日(木)～〇月〇×日(金)	オンライン	特別養護老人ホーム ふくしま	介護職員	福島 太郎	3か月	事業所支払い
2	認知症介護基礎研修	令和×年〇月〇〇日(木)～〇月〇×日(金)	オンライン	特別養護老人ホーム ふくしま	介護職員	福島 次郎	4か月	職員立替
3	認知症介護基礎研修	令和×年〇月〇〇日(木)～〇月〇×日(金)	オンライン	特別養護老人ホーム ふくしま	介護職員	福島 ○子	5か月	事業所支払い
4	認知症介護基礎研修	令和×年〇月〇〇日(木)～〇月〇×日(金)	オンライン	特別養護老人ホーム ふくしま	介護職員	福島 ×子	6か月	事業所支払い
5	認知症介護基礎研修	令和×年〇月〇〇日(木)～〇月〇×日(金)	オンライン	特別養護老人ホーム ふくしま	介護職員	福島 次子	7か月	事業所支払い
6								
7	水色のセル□のみ入力してください			役職名を入力してください <例> ・ユニットリーダー ・介護職員 ・主任等		勤務先年数ではなく 介護職として 勤務した年数		
8								
9						支払いを選択してください ・事業所払い ・職員立替 ・一部職員立替 ・未支払い		
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

3 事業費

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			2,727	273	3,000	受講料	2,727	273	3,000	福島 太郎				
2	0	0			0	0			2,727	273	3,000	受講料	2,727	273	3,000	福島 次郎				
3	0	0	水色のセル のみ入力してください							2,727	273	3,000	受講料	2,727	273	3,000	福島 〇子			
4	0	0			0	0			2,727	273	3,000	受講料	2,727	273	3,000	福島 ×子				
5	0	0			0	0			2,727	273	3,000	受講料	2,727	273	3,000	福島 次子				
6	0	0	③旅費		0	0	②テキスト代		0	0	①受講料		0	0	0					
7	0	0			0	0			0	0			0	0	0					
8	0		税抜き金額が 基準額を上回った場合 ①②③の順に 補助対象経費としてしてください。 基準額を上回った場合は ①受講料から補助対象経費となります																	
9	0																			
10	0																			
11	0	0			0	0			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 補助対象外としてください <基準額> (12) 認知症ケアに携わる人材の育成 のための研修事業（派遣） (13) 地域包括ケアシステム構築・推進 に資する人材育成・資質向上事業（派遣） ①30,000円/人											
12	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	0	0	0		0	0	0		13,635	1,365	15,000		13,635	1,365	15,000					

別紙様式2(派遣用)

プルダウンから選択してください

事業計画書

(12)認知症ケアに携わる人材の育成のための研修事業(派遣)



1 基本事項

水色のセルのみ入力してください

法人名等	社会福祉法人 ふくしま	
代表者名	理事長 福島 一郎	
法人郵便番号・住所	960-8670 福島市杉妻町2-16	
電話番号	024-521-8620	
連絡先	担当者所属	福祉課
	氏名	主任 福島 一子
	郵便番号	960-8670
	住所	福島県福島市杉妻町2-16
	TEL	024-521-8620
	FAX	024-521-7917
	E-mail	tiikiiryokaigo@pref.fukushima.lg.jp

2 事業計画
別紙のとおり

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	0	0	0	
需用費	0	0	0	別紙のとおり
負担金	1,800	0	1,800	別紙のとおり
補助対象経費計	1,800	0	1,800	
【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	0			
補助対象外経費計	0			
総事業費	1,800			

※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〉

1事業の目的

団体等名社会福祉法人 ふくしま

主として将来のチームマネジメントを担うことが想定される中堅層の介護職員に対するキャリアパスを支援し、定着促進や現場のリーダー等の育成による介護サービスの質の向上を図る。

2事業計画

No.	名称(派遣研修名)	開催期日	開催場所	参加(予定)者				
				所属施設名	職名	氏名	介護職年数	支払い
1	認知症チームケア推進研修	令和×年〇月〇〇日(木)~〇月〇×日(金)	オンライン	特別養護老人ホーム ふくしま	ユニットリーダー	福島 とわ子	10	職員立替
2								
3	水色のセル のみ入力してください							
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

3 事業費

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		水色のセル のみ入力してください					1,800	0	1,800	受講料	1,800	0	1,800	福島 と わ子
2	0	0		③旅費	0	0		②テキスト代	0	0		①受講料	0	0	0	
3	0	0			0	0			0	0						
4	0	0			0	0			0	0						
5				税抜き金額が基準額を上回った場合 ①②③の順に 補助対象経費としてしてください。 基準額を上回った場合は ①受講料から補助対象経費となります	0	0			0	0						
6					0	0			0	0						
7	0	0			0	0			0	0						
8	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	0	0	0		0	0	0		1,800	0	1,800		1,800	0	1,800	

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補助対象外と
してください
(12) 認知症ケアに携わる人材
の育成のための研修事業(派遣)
(13) 地域包括ケアシステム構
築・推進に資する人材育成・資質
向上事業(派遣)

30,000円/人

別紙様式2(派遣用)

事業計画書

プルダウンから選択
してください



水色のセル のみ入力してください

計画①②以外の研修の場合使用

1 基本事項

法人名等	社会福祉法人 ふくしま	
代表者名	理事長 福島 一郎	
法人郵便番号・住所	960-8670 福島市杉妻町2-16	
電話番号	024-521-8620	
連絡先	担当者所属	福祉課
	氏名	主任 福島 一子
	郵便番号	960-8670
	住所	福島県福島市杉妻町2-16
	TEL	024-521-8620
	FAX	024-521-7917
	E-mail	tiikiiryokaigo@pref.fukushima.lg.jp

2 事業計画
別紙のとおり

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	0	0	0	
需用費	0	0	0	別紙のとおり
負担金	0	0	0	別紙のとおり
補助対象経費計	0	0	0	
【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	0			
補助対象外経費計	0			
総事業費	0			

※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〉

1事業の目的

団体等名

社会福祉法人 ふくしま

主として将来のチームマネジメントを担うことが想定される中堅層の介護職員に対するキャリアパスを支援し、定着促進や現場のリーダー等の育成による介護サービスの質の向上を図る。

2事業計画

No.	名称(派遣研修名)	開催期日	開催場所	参加(予定)者				
				所属施設名	職名	氏名	介護職年数	支払い
1								
2	水色のセル のみ入力してください							
3			計画①②以外の研修の場合使用					
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

3 事業費

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			0	0			0	0	0	
2	0	0		水色のセル のみ入力してください					0	0			0	0	0	
3	0	0			0	0			0	0			0	0	0	
4	0	0			0	0			0	0			0	0	0	
5	0	0			0	0		計画①②以外の研修の場合使用					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	0	0	0		0	0	0		0	0	0		0	0	0	

記載例

別紙様式1

所要額調書

(12)認知症ケアに携わる人材の育成のための研修事業(派遣)

<基準額を入力してください>

30,000円/人 × 計画人数

機関・団体名

社会福祉法人 ふくしま

(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
(12)認知症ケアに携わる人材の育成のための研修事業(派遣)	15,000	0	1,365	13,635	13,635	150,000	13,635	10/10	13,000	
(12)認知症ケアに携わる人材の育成のための研修事業(派遣)	1,800	0	0	1,800	1,800	30,000	1,800	10/10	1,000	
0	0	0	0	0	0		0		0	
合 計	16,800	0	1,365	15,435	15,435	180,000	15,435		14,000	

(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。