

別紙様式2(一般用)

計画書①

## 事業計画書

プルダウンから選択

## (12)認知症ケアに携わる人材の育成のための研修事業(主催)

## 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   |                                     | 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 |
| 法人住所 | 福島県福島市杉妻町2-16 |                                     |               |
| 電話番号 | 024-521-8620  |                                     |               |
| 連絡先  | 担当者所属         | 福島県保健福祉部 社会福祉課                      |               |
|      | 氏名            | 福島 一子                               |               |
|      | 郵便番号          | 960-8670                            |               |
|      | 住所            | 福島県福島市杉妻2-16                        |               |
|      | T E L         | 024-521-8620                        |               |
|      | F A X         | 024-521-7917                        |               |
|      | E - mail      | tiikiiryokaigo@pref.fukushima.lg.jp |               |

## 2 事業計画

| 区分    | 内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 事業の名称(研修名等)                                                         |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 名称    | 認知症介護指導者研修 基礎から学び、サービス向上を目指そう                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                     |
| 開催期日  | 令和〇年〇月〇〇日～令和×年×月××日                                                                                                                                                                                                                                                                               | 研修日等の開催日                                                            |
| 開催場所  | 特別養護老人ホーム〇〇園 大会議室及びオンライン                                                                                                                                                                                                                                                                          | 会場名・オンライン等を記載                                                       |
| 参加者   | (1)参加者(参集範囲)<br>〇×法人の管理者および管理者候補等<br>(2)参加者数の見込み<br>各施設 5名程度(5×3) 計15名程度を予定                                                                                                                                                                                                                       | 要綱、要領、Q&Aをよく読み、事業内容の参集範囲参加者が補助金対象なのか確認をお願いします                       |
| 内容    | (テーマ、講師名、時間割等)<br>5月～1月までの全9回を予定<br>講師 〇〇〇〇 時間 毎月第三木曜日13:00～15:00<br>1回目 5月 認知症ケアの理念<br>2回目 6月 認知症ケアの倫理と意思決定支援<br>3回目 7月 権利擁護の視点に基づく支援<br>4回目 8月 家族介護者の理解と支援方法<br>5回目 9月 QOLを高める活動と評価の視点<br>6回目 10月 生活支援のためのケアの演習<br>7回目 11月 行動・心理症状支援のためのケア<br>8回目 12月 アセスメントとケアの実践の基本<br>9回目 1月 自施設・事業所での課題について | 具体的に記載すること<br>※記載しきれないときは詳細は別紙参照や詳細は別紙添付(チラシ、次第、パンフレットあり等)を記載し、添付する |
| 事業の目的 | 学びなおすことや新たな知識を得ることで施設の課題を知り、施設の認知症高齢者に対する介護サービスの質の向上を図る。                                                                                                                                                                                                                                          | 事業目的を具体的に記載                                                         |

※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】   |         |        | 180,000 | 合計                                                                                                                      |
| 報償費        | 163,636 | 16,364 | 180,000 | 180,000円(@20,000×9) 講師謝礼                                                                                                |
|            | 0       | 0      |         | 積算根拠が分かるよう「費目、単価×数量を記載し<br>費目が多い場合は任意様式で一覧を作成し<br>別途添付してください                                                            |
| 旅費         | 0       | 0      | 0       | <記載例><br>講師謝礼 @10000 (契約書等別途添付)<br>旅費 @500×2(往復)(詳細別途添付)<br>印刷費 @10×2(両面)×100<br>切手 @110×50<br>会場費 2日分 50,000×2(別途見積添付) |
| 需用費        | 24,545  | 2,455  | 27,000  | 資料のコピー代                                                                                                                 |
|            | 0       | 0      | 0       | 食糧費(講師茶菓子)等<br>消費税が10%でない場合はこちらを利用<br>項目が多い場合は10%でも利用可能                                                                 |
| 役務費        | 0       | 0      | 0       | 合計                                                                                                                      |
|            | 0       | 0      | 0       | <役務費><br>通信運搬費(切手代、FAX代)<br>広告料等                                                                                        |
| 委託料        | 0       | 0      | 0       | 合計                                                                                                                      |
|            | 0       | 0      | 0       | <委託料><br>外部委託に該当する場合の費用                                                                                                 |
| 使用料及び賃借料   | 0       | 0      | 0       | 合計                                                                                                                      |
|            | 0       | 0      | 0       | <使用料及び賃借料><br>借上料(介護用品レンタル代、会場で使用するマイク等<br>会場使用料等                                                                       |
| 補助対象経費計    | 188,181 | 18,819 | 207,000 |                                                                                                                         |
| 【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 | 18,819  |        |         | 受講料や会費を徴収する場合は<br>必ず金額と積算内訳を記載すること<br>別途、詳細添付必要                                                                         |
| 補助対象外経費計   | 18,819  |        |         | <記載例><br>会費@500×50(保険料)(別紙詳細添付)                                                                                         |
| 総事業費       | 207,000 |        |         |                                                                                                                         |

※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)に規程する消費税及び地方消費税は補助事業対象経費としない。

別紙様式2(一般用)

計画書②

## 事業計画書

プルダウンから選択

## (12)認知症ケアに携わる人材の育成のための研修事業(主催)

## 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     |                                     |
| 法人住所 | 福島県福島市杉妻町2-16 |                                     |
| 電話番号 | 024-521-8620  |                                     |
| 連絡先  | 担当者所属         | 福島県保健福祉部 社会福祉課                      |
|      | 氏名            | 福島 一子                               |
|      | 郵便番号          | 960-8670                            |
|      | 住所            | 福島県福島市杉妻2-16                        |
|      | T E L         | 024-521-8620                        |
|      | F A X         | 024-521-7917                        |
|      | E - mail      | tiikiiryokaigo@pref.fukushima.lg.jp |

## 2 事業計画

| 区分                                 | 内容                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 名称                                 | 管理者研修 適切なサービス提供のあり方 ← 事業の名称(研修名等)                                                                                                                                                                                                                                    |
| 開催期日                               | 令和〇年〇月〇〇日 ← 研修日等の開催日                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 開催場所                               | 特別養護老人ホーム〇〇園 大会議室 ← 会場名・オンライン等を記載                                                                                                                                                                                                                                    |
| 参加者<br>(1)参加者(参集範囲)<br>(2)参加者数の見込み | (1)参加者(参集範囲)<br>〇×法人の管理者および管理者候補等<br>(2)参加者数(見込み)<br>各施設 5名程度(5×3) 計15名程度を予定<br>要綱、要領、Q&Aをよく読み、事業内容の参集範囲参加者が補助金対象なのか確認をお願いします                                                                                                                                        |
| 内容<br>(テーマ、講師名、時間割等)               | (テーマ、講師名、時間割等)<br>テーマ 適切なサービス提供のあり方について学ぶ<br>講師:△▽〇〇〇〇<br>時間:9:30~14:30<br>内容<br>9:30 ~ 適切なサービス提供のあり方(利用者家族・地域・医療との連携)<br>11:00~ 適切なサービス提供のあり方(運営推進会議)<br>13:00~ 適切なサービス提供のあり方(サービスの質の向上に向けて)<br>具体的に記載すること<br>※記載しきれないときは詳細は別紙参照や詳細は別紙添付(チラシ、次第、パンフレットあり等)を記載し、添付する |
| 事業の目的                              | 介護事業所の管理者として認知症ケアに必要な知識や技術などを習得し、認知症高齢者に対する介護サービスの質の向上を図る。<br>事業目的を具体的に記載                                                                                                                                                                                            |

る  
※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】   |        |       | 50,000 | 合計                        |
| 報償費        | 45,455 | 4,545 | 50,000 | 50,000円 講師謝礼              |
|            | 0      | 0     |        |                           |
|            | 0      | 0     |        |                           |
|            | 0      | 0     |        |                           |
|            | 0      | 0     |        |                           |
| 旅費         | 6,436  | 644   | 8,400  | 合計                        |
|            | 1,200  | 120   | 7,080  | 3,540円×2 新幹線代(仙台～福島)      |
|            | 0      | 0     | 1,320  | 660円×2 電車代(仙台泉中央～仙台駅)     |
|            | 0      | 0     |        |                           |
|            | 0      | 0     |        |                           |
|            | 0      | 0     |        |                           |
| 需用費        |        |       | 1,080  | 合計                        |
|            | 0      | 0     |        | 食糧費(講師茶菓子)等               |
|            | 0      | 0     |        | 消費税が10%でない場合はこちらを利用       |
|            | 0      | 0     |        | 項目が多い場合は10%でも利用可能         |
|            | 1,000  | 80    | 1,080  | 1080円(お茶180円、菓子900円)      |
|            |        |       | 0      |                           |
| 役務費        |        |       | 0      | 合計                        |
|            | 0      | 0     |        | 積算根拠が分かるよう「費目、単価×数量を記載し   |
|            | 0      | 0     |        | 費目が多い場合は任意様式で一覧を作成し       |
|            | 0      | 0     |        | 別途添付してください                |
|            | 0      | 0     |        | <記載例>                     |
| 委託料        |        |       | 0      | 講師謝礼 @10000 (契約書等別途添付)    |
|            | 0      | 0     |        | 旅費 @500×2(往復)(詳細別途添付)     |
|            | 0      | 0     |        | 印刷費 @10×2(両面)×100         |
|            | 0      | 0     |        | 切手 @110×50                |
|            | 0      | 0     |        | 会場費 2日分 50,000×2(別途見積添付)  |
| 使用料及び賃借料   |        |       | 0      |                           |
|            | 0      | 0     |        | <使用料及び賃借料>                |
|            | 0      | 0     |        | 借上料(介護用品レンタル代、会場で使用するマイク等 |
|            | 0      | 0     |        | 会場使用料等                    |
| 補助対象経費計    | 54,091 | 5,389 | 59,480 |                           |
| 【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 | 5,389  |       |        |                           |
| 補助対象外経費計   | 5,389  |       |        |                           |
| 総事業費       | 59,480 |       |        |                           |

※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)に規程する消費税及び地方消費税は補助事業対象経費としない。

受講料や会費を徴収する場合は  
必ず金額と積算内訳を記載すること  
**別途、詳細添付必要**  
<記載例>  
会費@500×50(保険料)(別紙詳細添付)

別紙様式2(一般用)

プルダウンから選択

計画書①

事業計画書

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     |                                     |
| 法人住所 | 福島県福島市杉妻町2-16 |                                     |
| 電話番号 | 024-521-8620  |                                     |
| 連絡先  | 担当者所属         | 福島県保健福祉部 社会福祉課                      |
|      | 氏名            | 福島 一子                               |
|      | 郵便番号          | 960-8670                            |
|      | 住所            | 福島県福島市杉妻2-16                        |
|      | T E L         | 024-521-8620                        |
|      | F A X         | 024-521-7917                        |
|      | E - mail      | tiikiiryokaigo@pref.fukushima.lg.jp |

2 事業計画

| 区分                                 | 内容                           | 事業の名称(研修名等)                           |
|------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| 名称                                 |                              |                                       |
| 開催期日                               |                              |                                       |
| 開催場所                               |                              |                                       |
| 参加者<br>(1)参加者(参集範囲)<br>(2)参加者数の見込み | (1)参加者(参集範囲)<br>(2)参加者数(見込み) | 計画①②と研修名、<br>名称が違う場合は<br>こちらを使用してください |
| 内容<br><br>(テーマ、講師名、時間割等)           | (テーマ、講師名、時間割等)               |                                       |
| 事業の目的                              |                              |                                       |

※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】   |     |       | 0   | 合計      |
| 報償費        | 0   | 0     |     |         |
|            | 0   | 0     |     |         |
|            | 0   | 0     |     |         |
|            | 0   | 0     |     |         |
|            | 0   | 0     |     |         |
| 旅費         | 0   | 0     | 0   | 合計      |
|            | 0   | 0     |     |         |
|            | 0   | 0     |     |         |
|            | 0   | 0     |     |         |
|            | 0   | 0     |     |         |
|            | 0   | 0     |     |         |
| 需用費        | 0   | 0     | 0   | 合計      |
|            | 0   | 0     |     |         |
|            | 0   | 0     |     |         |
|            | 0   | 0     |     |         |
|            |     |       | 0   |         |
|            |     |       | 0   |         |
| 役務費        | 0   | 0     | 0   | 合計      |
|            | 0   | 0     |     |         |
|            | 0   | 0     |     |         |
|            | 0   | 0     |     |         |
|            | 0   | 0     |     |         |
|            | 0   | 0     |     |         |
| 委託料        | 0   | 0     | 0   | 合計      |
|            | 0   | 0     |     |         |
|            | 0   | 0     |     |         |
|            | 0   | 0     |     |         |
|            | 0   | 0     |     |         |
|            | 0   | 0     |     |         |
| 使用料及び賃借料   | 0   | 0     | 0   | 合計      |
|            | 0   | 0     |     |         |
|            | 0   | 0     |     |         |
|            | 0   | 0     |     |         |
|            | 0   | 0     |     |         |
|            | 0   | 0     |     |         |
| 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 |     |       |     |         |
| 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こと。  
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(主催)

機関・団体名

社会福祉法人 ふくしま

(単位:円)

| 区 分                                    | 総事業費<br>A | 寄附金<br>その他の<br>収入額<br>B | 消費税<br>及び<br>地方消費税<br>C | 差 引 額<br>(A-B-C)D | 対象経費<br>の 支 出<br>予 定 額<br>E | 基 準 額<br>F          | 選 定 額<br>G | 補助率<br>H | 補 助 金<br>所 要 額<br>I | 備 考 欄                                         |
|----------------------------------------|-----------|-------------------------|-------------------------|-------------------|-----------------------------|---------------------|------------|----------|---------------------|-----------------------------------------------|
| (12)認知症ケアに携わる<br>人材の育成のための研<br>修事業(主催) | 207,000   | 0                       | 18,819                  | 188,181           | 188,181                     |                     |            |          |                     | 認知症介護指<br>導者研修 基<br>礎から学び、<br>サービス向上<br>を目指そう |
| (12)認知症ケアに携わる<br>人材の育成のための研<br>修事業(主催) | 59,480    | 0                       | 5,389                   | 54,091            | 54,091                      |                     |            |          |                     | 管理者研修<br>適切なサービ<br>ス提供のあり<br>方                |
|                                        | 0         | 0                       | 0                       | 0                 | 0                           | 内示時の選定額を入れて<br>ください |            |          |                     |                                               |
| 合 計                                    | 266,480   | 0                       | 24,208                  | 242,272           | 242,272                     | 242,272             | 242,272    | 4/5      | 193,000             |                                               |

(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。

第3号様式（第3条関係）

補助事業者名： 社会福祉法人 ふくしま

補助事業名： (12) 認知症ケアに携わる人材の育成のための研修事業(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※ |                              | 193,000 円        |              |
| その他                   |                              | 73,480 円         |              |
| 内<br><br><br><br>訳    | 国庫補助金<br>(補助金名： )            | 円                | 特に記載事項はありません |
|                       | 県・市町村等補助金等（※を除く）<br>(補助金名： ) | 円                |              |
|                       | 自己財源又は一般財源<br>(内、借入金又は地方債)   | 73,480 円<br>( 円) |              |
|                       | 寄付金                          | 円                |              |
|                       | その他<br>( )                   | 0 円              |              |
| 合計                    |                              | 266,480 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  | 242,272 円 |     |
| 補助事業費のうち補助対象外経費 | 24,208 円  |     |
| 合計              | 266,480 円 |     |



第2号様式（第3条関係）

補助事業者名：社会福祉法人 ふくしま

補助事業名：(12) 認知症ケアに携わる人材の育成のための研修事業(主催)

(単位：円)

|                           |            |                  | 備 考                                           |
|---------------------------|------------|------------------|-----------------------------------------------|
| 着手予定期日                    |            | 令和 7 年 4 月 1 日   | 着手予定期日を手入力してください<br>★判断が難しい場合は<br>令和7年4月1日と記入 |
| 完了予定期日                    |            | 令和 8 年 3 月 3 1 日 |                                               |
| 事業費の内訳（別紙可）               |            | 金 額              |                                               |
|                           | 報償費        | 230, 000 円       |                                               |
|                           | 旅費         | 8, 400 円         |                                               |
|                           | 需用費        | 28, 080 円        |                                               |
|                           | 役務費        | 0 円              |                                               |
|                           | 委託料        | 0 円              |                                               |
|                           | 使用料及び賃借料   | 0 円              |                                               |
|                           | 寄付金その他の収入金 | 0 円              |                                               |
| 事業費合計                     |            | 266, 480 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 |            | 193, 000 円       | 摘要（積算内訳を記載すること）                               |

## 第1号様式（第3条関係）

番 号

内示通知書に記載されている提出締切日を入れてください

令和8年1月30日

福島県知事

住所 福島県福島市杉妻町2-16

法人名等 社会福祉法人 ふくしま

代表者役職・氏名 理事長 福島 一郎

担当者名 福島 一子

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

## 1 補助事業名

(12) 認知症ケアに携わる人材の育成のための研修事業(主催)

## 2 補助金交付申請額

金 193,000 円

## 3 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

所要額調書 (別紙様式1)

事業計画書 (別紙様式2)

補助対象経費の金額が分かる書類

債権者登録（銀行口座）確認票

交付申請時チェックリスト

その他参考となる書類

本件責任者及び担当者

責任者氏名 理事長 福島 一郎

担当者氏名 福島 一子

連絡先 024-521-8620

## 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)<br>債権機関名      | シャカイフクシホウジン フクシマ<br>社会福祉法人 ふくしま                                                                                                                                      | イッパン〇〇ホウジン〇〇キョウカイ<br>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)<br>債権機関の代表者氏名 | フクシマ イチロウ<br>福島 一郎                                                                                                                                                   | フクシマ タロウ<br>福島 太郎                        |
| 5 | 郵便番号<br>債権機関の住所      | 960-8670<br>福島市杉妻町2-16                                                                                                                                               | 960-〇〇〇〇<br>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<br>金融機関支店名 社会福祉支店<br>口座種別(普通・当座の別) 普通<br>口座番号 12345678<br>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<br>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 福島 太郎 | 〇〇銀行<br>〇〇支店<br>普通<br>〇〇銀行<br>一般〇〇法人〇〇協会 |

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

※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 ふくしま  
職氏名 理事長 福島 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)の受領に関する事

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入力してください

福島県知事 様

(委任者)

住所 福島市杉妻町〇-〇〇  
名称 社会福祉法人 ふくしま  
職氏名 理事長 福島 一郎

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