

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
法人住所	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

(12) 認知症ケア人材総合的な育成を推進することによる介護人事の確保を目的とする

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） 30,000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	
法人住所	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

(12)認知症ケア人材総合的な育成を推進することによる介護人事の確保を目的とする

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						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
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	

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	
法人住所	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

(12)認知症ケア人材総合的な育成を推進することによる介護人事の確保を目的とする

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

＜内示の時の選定額を入れてください＞

(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)

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	13,635	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	1,800	1,800	10/10	1,000	
	0	0	0	0	0		0		0	
合 計	16,800	0	1,365	15,435	15,435	15,435	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。

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(派遣)

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※		14,000 円	
その他		2,800 円	
内 訳	国庫補助金 (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） (補助金名：)	円	
	自己財源又は一般財源 (内、借入金又は地方債)	2,800 円 (円)	
	寄付金	円	
	その他 ()	0 円	
合計		16,800 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	15,435 円	
補助事業費のうち補助対象外経費	1,365 円	
合計	16,800 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： （ 1 2 ） 認知症ケアに携わる人材の育成のための研修事業(派遣)

（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 ★判断が難しい場合は 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	
	負担金	16,800 円	
	旅費	0 円	
	需用費	0 円	
		0 円	
事業費合計		16,800 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		14,000 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(派遣)

2 補助金交付申請額

金 14,000 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) 債権機関名	シャカイフクシホウジン フクシマ 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 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) 債権機関の代表者氏名	フクシマ イチロウ 福島 一郎	フクシマ タロウ 福島 太郎
5	郵便番号 債権機関の住所	960-8670 福島市杉妻町2-16	960-〇〇〇〇 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 金融機関支店名 社会福祉支店 口座種別(普通・当座の別) 普通 口座番号 12345678 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 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 〇〇支店 普通 〇〇銀行 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○年○月○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○-○○
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