

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	
	T E L	024-521-8620	
	F A X	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	5,454	546	6,000	別紙のとおり
補助対象経費計	5,454	546	6,000	
【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	546			
補助対象外経費計	546			
総事業費	6,000			

※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	中止	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	中止	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	中止	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						0	0	0	中止	0	0	0	福島 〇子
4	0	0			0	0			0	0	0	中止	0	0	0	福島 ×子
5	0	0			0	0			0	0	0	中止	0	0	0	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						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							
9	0															
10	0															
11	0	0					0	0								
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		5,454	546	6,000		5,454	546	6,000	

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

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 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> 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						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						
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

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 <div></div> 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 <input type="text"/> 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)	6,000	0	546	5,454	5,454	13,635	5,454	10/10	5,000	
(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	7,800	0	546	7,254	7,254	15,435	7,254		6,000	

(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※		6,000 円	
その他		1,800 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)	1,800 円 (円)	
	寄付金	円	
	その他 ()	0 円	
合計		7,800 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	7,254 円	
補助事業費のうち補助対象外経費	546 円	
合計	7,800 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	7, 800 円	
	旅費	0 円	
	需用費	0 円	
		0 円	
事業費合計		7, 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		6, 000 円	摘要（積算内訳を記載すること）

第4号様式（第6条関係）

完了年月日より早い日付を記入してください

番 号
令和●年●月●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変更（中止・廃止）承認申請書

下記により福島県地域医療介護総合確保基金事業の事業計画を変更（中止・廃止）したいので福島県補助金等の交付等に関する規則第6条第1項第1号（第2号）の規程により、承認して下さるよう申請します。

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 補助金の交付決定年月日及び番号

令和○年○月○日付け福島県指令生福第○○○○号

3 事業の変更（中止・廃止）の理由

交付決定時から補助対象経費が2割以上減額になるため

交付決定年月日＋指令番号を記入してください

4 事業の変更（中止・廃止）の内容

研修が、事業年度内に研修の修了が見込めないことが確定したことにより減額となった

変更の内容を記入してください

5 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わかる書類（変更が確認できる書類）
変更承認申請時チェックリスト
その他参考となる書類