

別紙様式2(派遣用)

## 事業計画書

## (9)多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業(資格)

## ①喀痰吸引等研修、ファーストステップ研修、認定介護福祉士養成研修

## 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	969-0123		
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福島園 地域花子	
	住所	福島市杉妻町2-16	
	T E L	012-345-6789	
	F A X	987-654-3210	
	E - mail	tikiiryokaigo@pref.fukushima.lg.jp	

## 2 事業計画

別紙のとおり

事業計画は、別紙に入力してください

## 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	63,864	6,386	70,250	別紙のとおり
需用費	0	0	0	別紙のとおり
負担金	275,272	27,528	302,800	別紙のとおり
補助対象経費計	339,136	33,914	373,050	
【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	33,914			
補助対象外経費計	33,914			
総事業費	373,050			

別紙の合計が自動で入力されます  
別紙から先に作成してください

※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〉

〈別紙〉の入力項目は3つあります  
1事業の目的 2事業計画 3事業費 それぞれ入力してください

1 事業の目的

団体等名

社会福祉法人 地域医療会

研修参加により介護施設職員としてのスキルアップを図る

2 事業計画

No.	研修名	開催期日	開催場所	参加者		研修の内容
				職名	氏名	
1	喀痰吸引研修	令和4年9月16日-12月15日(通信) 令和4年12月16日、17日(通学)	eラーニング(通信) 福島市福島園(通学)	介護職員	福島 太郎	喀痰吸引等専門的技術習得のための研修
2	ファーストステップ研修	令和4年6月12日-12月25日(15日間)	福島県男女共生センター	介護課リーダー	地域 次郎	介護福祉士の専門性を高めるための研修
3	認定介護福祉士養成研修	令和4年11月27日、28日、12月18日、 19日、令和5年1月15日、16日、2月12日、 13日、3月26日、27日	ビックパレットふくしま 郡山市中央公民館	介護福祉士	福島 花子	認定介護福祉士養成のための研修
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

★公募時から事業内容に変更が生じている場合は、  
実態に合わせて内容や金額を正しく修正してください

★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

3 事業費

2事業計画と同じ番号に該当するよう記入してください

No.	旅費			積算内訳	需用費			積算内訳	負担金			積算内訳	補助対象経費			参加予定者名
	税抜	消費税	合計		税抜	消費税	合計		税抜	消費税	合計		税抜	消費税	合計	
1	0	0			0	0			98,000	9,800	107,800	受講料	98,000	9,800	107,800	福島太郎
2	18,409	1,841	20,250	福島-二本松 私有車@25円×27km×2×15日	0	0			72,727	7,273	80,000	受講料	91,136	9,114	100,250	地域次郎
3	45,455	4,545	50,000	福島-郡山 私有車@25×60km×2×10日=30,000円、高速料金1,440×2×10日=28,800、58,800(補助対象50,000円、対象外8,800円)	0	0			104,545	10,455	115,000	受講料	150,000	15,000	165,000	福島花子
4	0	0			0	0			0	0			0	0	0	
5	0	0			0	0			0	0			0	0	0	
6	0	0											0	0	0	
7	0	0											0	0	0	
8	0	0											0	0	0	
9	0	0											0	0	0	
10	0	0											0	0	0	
11	0	0											0	0	0	
12	0	0											0	0	0	
13	0	0											0	0	0	
14	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	63,864	6,386	70,250		0	0	0		275,272	27,528	302,800		339,136	33,914	373,050	

<<対象経費の税抜価格が基準額を上回る場合>>  
 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対象外経費としてください

(4) 介護未経験者に対する研修支援事業  
 ② 150,000円/人  
 ③ 60,000円/人  
 ④ 70,000円/人

(8) 多様な人材層に対するキャリアアップ研修支援事業(派遣)  
 30,000円/人

(9) 多様な人材層に対するキャリアアップ研修支援事業(資格)  
 ① 150,000円/人  
 ② 60,000円/人  
 ③ 30,000円/人

例えば、(9)多様な人材層に対するキャリアアップ研修支援事業(資格)の①認定介護福祉士養成研修の基準額150,000円/人において、受講料が150,000円、旅費が58,800円の場合、補助対象経費の税抜価格が150,000円になるよう旅費の合計欄に「50000」と記入し、積算内訳に「(補助対象50,000円、対象外8,800円)」と記入します

別紙様式2(派遣用)

## 事業計画書

## (9)多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業(資格)

②介護支援専門員専門研修、主任介護支援専門員研修、介護福祉士実習指導者講習会、認知症介護実践者リーダー研修

## 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	969-0123		
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福島園 地域花子	
	住所	福島市杉妻町2-16	
	T E L	012-345-6789	
	F A X	987-654-3210	
	E - mail	tikiiryokaigo@pref.fukushima.lg.jp	

## 2 事業計画

別紙のとおり

事業計画は、別紙に入力してください

## 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	9,819	981	10,800	別紙のとおり
需用費	8,600	860	9,460	別紙のとおり
負担金	118,183	11,817	130,000	別紙のとおり
補助対象経費計	136,602	13,658	150,260	
【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	13,658			
補助対象外経費計	13,658			
総事業費	150,260			

別紙の合計が自動で入力されます  
別紙から先に作成してください

※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〉

〈別紙〉の入力項目は3つあります  
1事業の目的 2事業計画 3事業費 それぞれ入力してください

1 事業の目的

団体等名

社会福祉法人 地域医療会

外部の研修に参加し介護施設職員のスキルアップを図る

2 事業計画

No.	研修名	開催期日	開催場所	参加者		研修の内容
				職名	氏名	
1	介護支援専門員専門研修 I	令和4年9月(2日間)	オンライン研修	介護支援専門員	福島 花子	介護支援専門員の役割に必要な能力の保持、向上継続的な資質習得を図る
2	主任介護支援専門員更新研修	令和4年7月19日、20日、21日、22日	オンライン研修	主任介護支援専門員	地域 次郎	主任介護支援専門員の役割に必要な能力の保持、向上継続的な資質習得を図る
3	介護福祉士実習指導者講習会	①令和4年7月9日、10日 ②令和4年7月23日、24日	①福島県男女共生センター ②オンライン研修	介護福祉士	地域 花子	介護福祉士養成の学生の実習生を受け入れ、カリキュラムの沿った実習指導の知識を習得する
4	認知症介護実績リーダー研修	令和4年7月27日、28日、29日、8月16日、17日、18	福島県男女共生センター	介護職	福島 太郎	実践者研修で得られた知識・技術をさらに深め、施設・事業所においてケアチームを効果的・効率的に機能させる能力を習得する
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

★公募時から事業内容に変更が生じている場合は、  
実態に合わせて内容や金額を正しく修正してください

★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

3 事業費

2事業計画と同じ番号に該当するよう記入してください

No.	旅費			積算内訳	需用費			積算内訳	負担金			積算内訳	補助対象経費			参加予定者名
	税抜	消費税	合計		税抜	消費税	合計		税抜	消費税	合計		税抜	消費税	合計	
1	0	0			4,800	480	5,280	テキスト代	25,455	2,545	28,000	受講料	30,255	3,025	33,280	福島花子
2	0	0			3,800	380	4,180	テキスト代	29,091	2,909	32,000	受講料	32,891	3,289	36,180	地域次郎
3	2,455	245	2,700	福島-二本松 私有車 @25kmx27kmx2x2日=2,700	0	0			28,182	2,818	31,000	受講料	30,637	3,063	33,700	地域花子
4	7,364	736	8,100	福島-二本松 私有車@25x 27km x 2 x 6日	0	0			35,455	3,545	39,000	受講料	42,819	4,281	47,100	福島太郎
5	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
6	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
7	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
8	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
9	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
10	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
11	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
12	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
13	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
14	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
15	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
16	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
17	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
18	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
19	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
20	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
合計	9,819	981	10,800		8,600	860	9,460		118,183	11,817	130,000		136,602	13,658	150,260	

別紙様式2(派遣用)

## 事業計画書

## (9)多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業(資格)

## ③地域密着型サービス外部評価調査員養成研修、認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修

## 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	969-0123		
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福島園 地域花子	
	住所	福島市杉妻町2-16	
	T E L	012-345-6789	
	F A X	987-654-3210	
	E - mail	tikiiryokaigo@pref.fukushima.lg.jp	

## 2 事業計画

別紙のとおり

事業計画は、別紙に入力してください

## 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	7,349	736	8,085	別紙のとおり
需用費	0	0	0	別紙のとおり
負担金	26,363	2,637	29,000	別紙のとおり
補助対象経費計	33,712	3,373	37,085	
【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	3,373			
補助対象外経費計	3,373			
総事業費	37,085			

別紙の合計が自動で入力されます  
別紙から先に作成してください

※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〉

〈別紙〉の入力項目は3つあります  
1事業の目的 2事業計画 3事業費 それぞれ入力してください

1 事業の目的

団体等名

社会福祉法人 地域医療会

専門知識と技能を取得を図ることにより、専門知識性を高め、資質向上を目的とする。

2 事業計画

No.	研修名	開催期日	開催場所	参加者		研修の内容
				職名	氏名	
1	地域密着型サービス外部評価調査員養成研修	令和4年1月14日、15日、1月18日-2月3日の1日、2月4日	パルセ飯坂	介護職員	福島 太郎	外部評価調査員養成のための研修
2	認知症介護基礎研修	令和4年11月18日	郡山ユラックス熱海	介護職員	福島 花子	認知症介護の基礎的な知識・技術を学ぶ研修
3	認知症介護実践者研修	令和4年9月15日、17日、10月5日、6日、11月19日	福島県とうほうみんなの文化センター	介護福祉士	地域 次郎	認知症ケアに係る専門的な知識習得の研修
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

★公募時から事業内容に変更が生じている場合は、  
実態に合わせて内容や金額を正しく修正してください

★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



3 事業費

2事業計画と同じ番号に該当するよう記入してください

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	1,818	182	2,000	私有車@25×10km×2×4日	0	0			0	0	0	受講料無料	1,818	182	2,000	福島 太郎
2	4,736	474	5,210	福島-郡山 私有車@25×51 km×2=2,550、高速料金福島 西IC-磐梯熱海IC1,330×2= 2,660	0	0			2,727	273	3,000	受講料	7,463	747	8,210	福島 花子
3	795	80	875	事業所-福島 私有車@25× 3.5km×2×5日	0	0			23,636	2,364	26,000	受講料	24,431	2,444	26,875	地域 次郎
4	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
5	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
6	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
7	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
8	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
9	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
10	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
11	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
12	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
13	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
14	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
15	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
16	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
17	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
18	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
19	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
20	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
合計	7,349	736	8,085		0	0	0		26,363	2,637	29,000		33,712	3,373	37,085	

別紙様式1										
所要額調書										記載例
(9)多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業(資格)										公募時
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	寄附金 その他の 収入額	消費税 及び 地方消費税	差引額 (A-B-C)D	対象経費 の支出 予定額	基準額	選定額	補助率	補助金 所要額	備考欄
	A	B	C		E	F	G	H	I	
(9)多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業(資格)	373,050	0	33,914	339,136	339,136	450,000	339,136	10/10	339,000	①喀痰吸引等研修、ファーストステップ研修、認定介護福祉士養成研修
(9)多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業(資格)	152,960	0	13,904	139,056	139,056	240,000	139,056	10/10	139,000	②介護支援専門員専門研修、主任介護支援専門員研修、介護福祉士実習指導者講習会、認知症介護実践者リーダー研修
(9)多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業(資格)	37,085	0	3,373	33,712	33,712	90,000	33,712	10/10	33,000	③地域密着型サービス外部評価調査員養成研修、認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修
合計	563,095	0	51,191	511,904	511,904	780,000	511,904		511,000	

(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。  
(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。

別紙様式1										
所要額調書										記載例
(9)多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業(資格)										交付申請時
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	寄附金 その他の 収入額	消費税 及び 地方消費税	差引額 (A-B-C)D	対象経費 の支出 予定額	基準額	選定額	補助率	補助金 所要額	備考欄
	A	B	C		E	F	G	H	I	
(9)多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業(資格)	373,050	0	33,914	339,136	339,136	339,136	339,136	10/10	339,000	①喀痰吸引等研修、ファーストステップ研修、認定介護福祉士養成研修
(9)多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業(資格)	150,260	0	13,658	136,602	136,602	139,056	136,602	10/10	136,000	②介護支援専門員専門研修、主任介護支援専門員研修、介護福祉士実習指導者講習会、認知症介護実践者リーダー研修
(9)多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業(資格)	37,085	0	3,373	33,712	33,712	33,712	33,712	10/10	33,000	③地域密着型サービス外部評価調査員養成研修、認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修
合計	560,395	0	50,945	509,450	509,450	511,904	509,450		508,000	

(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。  
(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。

交付申請時の基準額は、公募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」の金額を記入してください

(注1)別紙補助事業一覧の基準額ではありません  
(注2)補助金所要額ではありません  
(注3)公募時から金額に変更がなければE欄の「対象経費の支出予定額」の金額に一致します

収 支 予 算 書

補助事業者名： 社会福祉法人 地域医療会

補助事業名： (9) 多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業（資格）

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※		508,000 円	
その他		52,395 円	
内    訳	国庫補助金 (補助金名： )	円	第3号(収支予算書)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
	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)	52,395 円 ( 円)	
	寄付金	円	
	その他 ( )	0 円	
合計		560,395 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	509,450 円	
補助事業費のうち補助対象外経費	50,945 円	
合計	560,395 円	

事業計画書

補助事業者名： 社会福祉法人 地域医療会

補助事業名： （9）多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業（資格）

（単位：円）

			着手予定期日は、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、研修申込日や見積書取得日を着手予定期日とすること
着手予定期日	令和4年4月1日		
完了予定期日	令和5年3月31日		
事業費の内訳（別紙可）	金額		完了予定期日は、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)研修終了日、修了証明書日、伝達研修日、合格通知日のいずれか遅い日以降で、余裕を持った日を完了予定期日とすること 例えば、研修終了日が3月8日の場合、修了証明書発行が遅延することを予測し、3月31日を完了予定期日とする等
旅費	461,800 円		
需用費	9,460 円		
負担金	461,800 円		
事業費合計	933,060 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	508,000 円		摘要（積算内訳を記載すること）

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

令和〇年〇月〇日

福島県知事

内示通知書に記載の交付申請書の提出締切日を記入してください

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福島園 地域花子

電話番号 012-345-6789

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

(9) 多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業（資格）

2 補助金交付申請額

金 508,000 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

## 交付申請時チェックリスト

- ・提出書類に不備があり状況の確認ができない場合は、補助金の交付を受けることができませんのでご注意ください。
- ・交付申請時提出書類をはじめ、今後本補助事業について県に提出する全ての資料の写しを手元に保管してください。写しがないと今後の手続(実績報告や請求等)ができません。

法人名等 社会福祉法人 地域医療会

### 1. 提出前チェック項目

No	項目	✓欄
1	公募時から事業計画に変更が生じている場合は、実態に合わせて計画の内容や金額を正しく修正しましたか。	<input checked="" type="checkbox"/> 修正した <input type="checkbox"/> 変更なし
2	事業計画は、契約締結から支払い、事業の実施、研修の終了等まで全てが事業年度内に間違いなく完了する内容か確認しましたか。	<input checked="" type="checkbox"/> 確認した
3	既に支払いが完了している支出は、証憑書類(見積書、納品書、請求書、領収書等)の日付が全て令和4年4月1日以降であることを確認しましたか。(日付、宛名、品名、発行者の記入漏れがないこと、宛名が事業を申請した実施団体名や法人名等に一致していることを確認してください)	<input checked="" type="checkbox"/> 確認した
4	複数の補助事業に申請している場合は、内示を受けた事業ごとに交付申請書類一式を作成しましたか。	<input type="checkbox"/> 作成した <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし
5	事業費に、補助対象外経費が含まれていないことを確認しましたか。	
	対象外 【全体】 事業に直接必要のない経費が含まれていませんか。 【(4)②介護福祉士資格取得に係る実務者研修への派遣】 旅費が含まれていませんか。	<input checked="" type="checkbox"/> 含まれていない <input type="checkbox"/> 含まれていない
6	事業完了時に以下の証憑書類等の提出が必要なことを確認してください。	
	【旅費】 旅費の清算書の写し、領収書等の写し	<input checked="" type="checkbox"/> 確認した <input type="checkbox"/> 申請なし
	【需用費】 納品書、請求書、領収書等の写し	<input checked="" type="checkbox"/> 確認した <input type="checkbox"/> 申請なし
	【負担金】 請求書等、領収書等の写し ※介護支援専門員研修は手数料振込書の写し	<input checked="" type="checkbox"/> 確認した <input type="checkbox"/> 申請なし
	【職員の立替払、領収書等が職員名の場合】 職員へ支払った支給金の受領書または会計伝票等の写し	<input checked="" type="checkbox"/> 確認した <input type="checkbox"/> 該当なし
	【(4)②介護福祉士資格取得に係る実務者研修への派遣】 修了証明書等の写し	<input type="checkbox"/> 確認した <input checked="" type="checkbox"/> 申請なし
	【(4)③介護福祉士国家試験受験のための学習】 受験票、合否通知の写し	<input type="checkbox"/> 確認した <input checked="" type="checkbox"/> 申請なし
	【(4)④介護福祉士国家試験実技免除のための介護技術講習受講】 受験票、合否通知の写し	<input type="checkbox"/> 確認した <input checked="" type="checkbox"/> 申請なし
【(8)多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業(派遣)】 オンライン講座を受講する場合は、主催者が発行する出席証明書等の写し	<input type="checkbox"/> 確認した <input checked="" type="checkbox"/> 申請なし	
【(9)多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業(資格)】 修了証明書等の写し	<input checked="" type="checkbox"/> 確認した <input type="checkbox"/> 申請なし	

### 2. 提出書類

No	書類	✓欄
1	交付申請時チェックリスト(本紙)	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
2	交付申請書(第1号様式)	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
3	事業計画書(第2号様式)	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
4	収支予算書(第3号様式)	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
5	所要額調書(別紙様式1)	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
6	事業計画書(別紙様式2(派遣用))	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
7	補助対象経費の金額がわかる書類(見積書、開催通知等) ※公募時に提出済みの書類は省略可	<input checked="" type="checkbox"/> 公募時に提出済み
	経費(旅費、テキスト代、受講料等)の積算根拠を確認できる見積書や受講案内等を添付しましたか。	<input type="checkbox"/> 添付した <input type="checkbox"/> 該当なし
	研修名、研修内容、開催期日、開催場所を確認できる資料やパンフレット、開催通知等は添付しましたか。	<input type="checkbox"/> 添付した <input type="checkbox"/> 該当なし
	支払が完了している経費は、領収書等を添付しましたか。	<input type="checkbox"/> 添付した <input type="checkbox"/> 該当なし
旅費を申請している場合は、法人の旅費規程を添付しましたか。	<input type="checkbox"/> 添付した <input type="checkbox"/> 該当なし	
8	「新型コロナウイルス感染症にかかる感染予防対策」チェックリスト(派遣用)	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
9	債権者登録(銀行口座)確認票	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
10	通帳の写し(申請した実施団体名や法人名等と同一名義のもの)	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
11	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

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

## 「新型コロナウイルス感染症にかかる感染予防対策」チェックリスト

下記項目及びその他の感染リスクへの対応を行い研修会等へ (  派遣します /  派遣しました )

No	項目	内容	チェック
1	人と人との間隔	社会的距離を確保すること。人と人との間隔(最低でも1m)を空けることを求めている。	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 該当なし
2	マスクの着用	マスクを着用し受講することを求めている。	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 該当なし
3	会話等	会話をする際は、可能な限り真正面を避け、人との間隔が十分とれない場合は、症状がなくてもマスクの着用を求めている。	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 該当なし
4	手指の消毒等	トイレ・食事の際に手指消毒を徹底している。(手洗いは30秒をかける)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 該当なし
5	うがい、手洗い等	うがい、手洗い、咳エチケット等を徹底することを求めている。	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 該当なし
6	職員の検温	派遣職員の検温について研修に臨む前に自宅で検温を行い、平熱であるかを確認する。	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 該当なし
7	体調管理	体調について少しでも異常があれば、研修や講座には出席させないようにする。	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 該当なし
8	受講時の対策	研修受講に必要な筆記用具等において原則派遣職員が準備するものとし、やむを得ない場合を除き、参加者同士の共有を控えることを求めている。	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 該当なし
9	通学手段	職員が公共交通機関を利用する時は、会話は控えめにし、混んでいる時間帯は避けることを求めている。	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 該当なし
10	移動に関する感染対策	感染が流行している地域からの移動、感染が流行している地域への移動は控えることを求めている。	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 該当なし
11	実技での配慮	実技について、やむを得ず受講者同士の接触が伴うときは、こまめな消毒を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 該当なし
12	主催者の感染防止策の遵守	感染防止のために主催者が決めたその他の措置を遵守し、指示に従っている。	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 該当なし
13	休憩スペース・共有スペースの利用	休憩スペース、共有スペースでは密閉・密集・密接にならないよう利用することを求めている。	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 該当なし
14	接触確認アプリの活用の推進	感染者との接触を感知し、感染拡大を防止するため、派遣職員に「接触確認アプリ」の活用を推奨している。	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 該当なし

※1 該当しない項目がある際は「該当なし」に☑してください。

※2 介護福祉士国家試験受講のための学習に係る申請のみの場合は全て「該当なし」に☑してください。