

事業実績書

(7)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(主催)

1 基本事項

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	960-8670	
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2-15
	T E L	024-345-6789
	F A X	987-654-3210
	E - mail	tiikiiryokaigo@pref.fukushima.lg.jp

交付申請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

2 事業実績

区分	内容
名称	認知症研修会
開催期日	令和4年11月17日(木) 令和4年11月18日(金)
開催場所	特別養護老人ホーム地域園 大会議室
参加者 (1)参加者(参集範囲) (2)参加者数	(1)参加者(参集範囲) 介護老人保健施設の職員 (2)参加者数 10名
内容 (テーマ、講師名、時間割等) 次第の添付でも可	(テーマ、講師名、時間割等) テーマ:「認知症の気持ちに寄り添う」思いを理解して関わる 講師: 県庁 太郎 時間: 11/17 10:00~17:00 11/18 9:00~13:00 内容: ①認知症のケア ②脳のしくみ ③機能障害と心理 ④予防 ⑤認知介護スペシャリストを目指す
事業の効果	研修を通して認知症ケアの専門的な知識を学ぶことができ、社員の資質向上とサービス向上につながった。

改行する場合は、「スペース」キーを使用せず「Alt」キーを押しながら「Enter」キーを押して改行してください

※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
【補助対象経費】 報償費	200,000	20,000	220,000	合計 講師謝金@100,000×2日 0 0 0 0
旅費	0	0	0	合計 0 0 0 0
需用費	500	50	550	合計 食糧費(講師茶菓代) 0 0 0 0
役務費	200	20	220	合計 手数料(銀行振込時の手数料) 0 0 0 0
委託料			0	合計 0 0 0 0
使用料及び賃借料	0	0	0	合計 0 0 0 0
補助対象経費計	200,700	20,070	220,770	
【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	20,070			
補助対象外経費計	20,070			
総事業費	220,770			

積算根拠がわかるよう見積書等を添付する
か「費目、単価×数量」を記入してください

費目が多い場合は、任意様式で一覧表を作成し添付してください

<記入例>
講師謝金 @10000×10日
旅費 @500×10日×2(往復)
介護用品(一覧表添付)
印刷費(見積書添付)
切手 @84×100枚、@94×100枚

<需用費に該当する内容>
消耗品費
印刷製本費(チラシ印刷代、コピー代)

<役務費に該当する内容>
通信運搬費(切手代、FAX代)、広告料、
手数料(経費の銀行振込手数料)、保険料

<委託料に該当する内容>
研修事業を外へ委託する場合の費用

<使用料及び賃借料に該当する内容>
借上料(介護用具のレンタル代、
オンライン講座用WEBシステム利用料)

受講料を徴取する場合は、必ず「寄付金
その他の収入金」に金額と内訳を記入して
ください
<記入例> 受講料@1000×50名(保険料
として徴取)

※納品書、請求書、領収書等を添付すること。
※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。

★実態に合わせて内容や金額を正しく修正してください

事業実績書

(7)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(主催)

1 基本事項

交付申請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	960-8670	
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2-15
	T E L	024-345-6789
	F A X	987-654-3210
	E - mail	tiikiiryokaigo@pref.fukushima.lg.jp

2 事業実績

区分	内容
名称	キャリアパス対応スキルアップ研修
開催期日	令和4年5月～令和5年2月(計8回)
開催場所	介護老人保健施設 地域苑 会議室
参加者 (1)参加者(参集範囲) (2)参加者数	(1)参加者(参集範囲) 法人が運営する介護事業所に勤務する管理職及び指導職 (2)参加者数 15名
内容 (テーマ、講師名、時間割等) 次第の添付でも可	(テーマ、講師名、時間割等) ※別紙資料添付
事業の効果	法人施設の中核的役割を担う管理職と指導職のキャリアパス制度の軸となる役割資格等級制度、人事考課制度、給与制度、研修体系等について、職員の制度理解が深まり、成員性向上につながった。

※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】 報償費	640,000	64,000	704,000	合計 講師謝金@80,000X8回 0 0 0 0
旅費				合計 0 0 0 0
需用費				合計 0 0 0 0
役務費				合計 0 0 0 0
委託料				合計 0 0 0 0
使用料及び賃借料				合計 0 0 0 0
補助対象経費計	640,000	64,000	704,000	
【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	64,000			
補助対象外経費計	64,000			
総事業費	704,000			

※納品書、請求書、領収書等を添付すること。

※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。

★実態に合わせて内容や金額を正しく修正してください

別紙様式1

所要額調書

記載例

(7)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(主催)

変更承認申請時

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 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
(7)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(主催)	220,770	0	20,070	200,700	200,700	262,155	200,700	4/5	160,000	認知症研修会
(7)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(主催)	704,000	0	64,000	640,000	640,000	625,000	625,000	4/5	500,000	キャリアパス対応スキルアップ研修
0	0	0	0	0	0		0		0	0
合計	924,770	0	84,070	840,700	840,700	887,155	825,700		660,000	

(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) H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、H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3

精算額調書

記載例

(7)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(主催)

事業完了時

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 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 支出額 E	基準額 F	選定額 G	補助率 H	補助金 所要額 I	備考欄
(7)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(主催)	220,770	0	20,070	200,700	200,700	200,700	200,700	4/5	160,000	認知症研修会
(7)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(主催)	704,000	0	64,000	640,000	640,000	625,000	625,000	4/5	500,000	キャリアパス対応スキルアップ研修
0	0	0	0	0	0		0		0	0
合計	924,770	0	84,070	840,700	840,700	825,700	825,700		660,000	

(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、補助対象経費の実支出額を記入すること。
(注3) F欄には、直近の交付決定時の選定額を記入すること。ただし、(4)①介護職員初任者研修の主催者(注4)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) H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、H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。

事業完了時の基準額は、直近の交付申請時または変更承認申請時に
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)補助金所要額ではありません

(注2)直近の交付決定時から金額に変更がなければE欄の「対象経費の支出額」に一致します
(注3)(4)①初任者研修の主催のみ、直近の交付決定時の選定額より受講料の減免額が下回る場合は、再度算出した基準額を記入してください

<基準額>

1人あたりの受講料の減免額×補助金対象者数

収 支 精 算 書

補助事業者名： 社会福祉法人 地域医療会

補助事業名： （7）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（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※	660,000 円	
その他	264,770 円	
内 訳	国庫補助金 (補助金名：)	円
	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)	264,770 円 () 円
	寄付金	円
	その他 ()	0 円
合計	924,770 円	

第9号(収支精算書)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

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	840,700 円	
補助事業費のうち補助対象外経費	84,070 円	
合計	924,770 円	

事業実績書

補助事業者名：社会福祉法人 地域医療会

補助事業名：（7）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（主催）

（単位：円）

着手年月日	令和4年4月1日		着手年月日は、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、見積書取得日や契約締結日を着手予定期日とすること
完了年月日	令和5年2月28日		
事業費の内訳（別紙可）	金額		
報償費	924,000 円		完了年月日は、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)①交付決定日、②支払完了日、③研修終了日、④委託契約満了日の日付で一番遅い日を記入すること
旅費	0 円		
需用費	550 円		
役務費	220 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	924,770 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	660,000 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5年3月1日
福島県知事	第8号(事業実績書)の完了年月日から起算して30日以内の日付を記入してください (注1)ただし、事業年度内の日付としてください	
	法人格のない団体の場合は代表者の住所の記載も必要となりますので、法人名等と代表者名の間に行を挿入し、「代表者住所」と明記の上、代表者住所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 024-345-6789

福島県地域医療介護総合確保基金事業実績報告書

下記のとおり福島県地域医療介護総合確保基金事業を実施したので、福島県補助金等の交付等に関する規則第13条第1項及び福島県地域医療介護総合確保基金事業補助金交付要綱第10条第1項の規定により、その実績を報告します。

記

- 1 補助金の交付決定年月日
令和○年○月○日 令和●年●月●日
※変更した事業は、変更交付決定年月日も記入してください
- 2 補助金交付決定額
金 660,000 円
※変更した事業は、変更交付決定額の方を記入してください
- 3 添付書類
(1) 事業実績書（第8号様式）
(2) 収支精算書（第9号様式）
(3) その他

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5年2月28日

福島県知事

法人格のない団体の場合は代表者の住所の記載も必要となりますので、法人名等と代表者名の間に行を挿入し、「代表者住所」と明記の上、代表者住所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 024-345-6789

福島県地域医療介護総合確保基金事業完了報告書

福島県地域医療介護総合確保基金事業について、下記のとおり完了したので報告します。

交付決定通知書に記載された「交付決定年月日」と「指令番号」を記入してください

記

事業名	(7) 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 (主催)	
交付決定年月日	令和○年○月○日付け福島県指令生福第○○○○号 令和●年●月●日付け福島県指令生福第○○○○-2号	
交付額	金 660,000 円	交付決定額を記入してください
着手年月日	令和4年4月1日	※変更した事業は変更交付決定額の方を記入してください
完了年月日	令和5年2月28日	

事業完了時チェックリスト

- ・提出書類に不備が確認された場合は、書類の修正・再提出が必要になり、審査に時間を要する可能性があります。
- ・不備の解消が完了するまで補助金をお支払いすることができません。

法人名等 社会福祉法人 地域医療会

1. 変更承認申請の要否

No	項目	✓欄
1	交付決定時から補助対象経費が増額となっている 必要例: 交付決定時 補助対象経費 100,000円 / 完了時 補助対象経費 100,001円 ←増 不要例: 交付決定時 補助対象経費 100,000円 / 完了時 補助対象経費 100,000円 ←同	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
2	交付決定時から補助対象経費が2割以上減額となっている 必要例: 交付決定時 補助対象経費 100,000円 / 完了時 補助対象経費 79,000円 ←2割以上減 不要例: 交付決定時 補助対象経費 100,000円 / 完了時 補助対象経費 81,000円 ←2割以内減	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	交付決定時から補助対象経費の経費の費目間の流用で2割以上の増減が発生している 必要例: 交付決定時 補助対象経費 100,000円 / 完了時 補助対象経費 90,000円(2割以内減) 需用費 80,000円 / 需用費 65,000円 ←2割以内の減 役務費 20,000円 / 役務費 25,000円 ←2割以上の増 不要例: 交付決定時 補助対象経費 100,000円 / 完了時 補助対象経費 88,000円(2割以内減) 需用費 80,000円 / 需用費 65,000円 ←2割以内の減 役務費 20,000円 / 役務費 23,000円 ←2割以内の増	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ

※上記のいずれかの「口はい」に口がはいった場合、変更承認申請の手続きが必要になります

2. 提出書類

No	書類	✓欄
1	事業完了時チェックリスト(本紙)	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
2	完了報告書(第6号様式)	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
3	実績報告書(第7号様式)	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
4	事業実績書(第8号様式)	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
5	収支清算書(第9号様式)	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
6	精算額調書(別紙様式3)	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
7	事業実績書(別紙様式4(一般用))	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
8	補助対象経費の金額がわかる書類	
	事業内容を確認できる開催の案内、チラシ、次第、報告書等	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
	事業の様子を確認できる写真	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した
	【報償費】 領収書等の写し ※領収書には受領者のサインまたは押印が必要です。	<input type="checkbox"/> 添付した <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし
	【旅費】 旅費の清算書の写し、領収書等の写し ※旅費の清算書には受領者のサインまたは押印が必要です。	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した <input type="checkbox"/> 該当なし
	【需用費】 納品書、請求書、領収書等の写し	<input checked="" type="checkbox"/> 添付した <input type="checkbox"/> 該当なし
	【役務費】 請求書等、領収書等の写し	<input type="checkbox"/> 添付した <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし
	【委託料】 請求書等、領収書等の写し	<input type="checkbox"/> 添付した <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし
	【使用料及び賃借料】 請求書等、領収書等の写し	<input type="checkbox"/> 添付した <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし
	【受講料を徴する場合】 受講者からの領収書の写し	<input type="checkbox"/> 添付した <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし
(4)①介護職員初任者研修の主催のみ提出が必要な書類 ※左記事業以外はチェック不要です。		
補助金対象者名簿	<input type="checkbox"/> 添付した	
研修修了証の写し	<input type="checkbox"/> 添付した	
[未経験者]福祉人材センターに登録したことがわかる書類(求職登録完了通知)	<input type="checkbox"/> 添付した <input type="checkbox"/> 該当なし	
[経験1～3年]介護事業所等の在職証明書	<input type="checkbox"/> 添付した <input type="checkbox"/> 該当なし	
9	その他参考となる書類	<input type="checkbox"/> 添付した <input type="checkbox"/> 該当なし
10	交付請求書(第11号様式) ※補助金額の確定通知を受けた後、提出してください。	<input checked="" type="checkbox"/> 額の確定後に提出する

3. 提出前チェック項目

No	書類	✓欄
1	内示を受けた事業ごとに実績報告書類一式を作成しましたか。	<input checked="" type="checkbox"/> 作成した
2	証憑書類(契約書、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日から令和5年3月31日以内であることを確認しましたか。	<input checked="" type="checkbox"/> 確認した
3	証憑書類の日付、宛名、品名、発行者に記入漏れがないことを確認しましたか。	<input checked="" type="checkbox"/> 確認した

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5年3月31日

提出日を記入してください

福島県知事

法人格のない団体の場合は代表者の住所の記載も必要となりますので、法人名等と代表者名の間に行を挿入し、「代表者住所」と明記の上、代表者住所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 024-345-6789

福島県地域医療介護総合確保基金事業補助金交付請求書
福島県から交付決定のあった令和 4 年度福島県地域医療介護総合確保基金事業補助金について、下記により交付してください **忘れずに年度を記入してください**

記

事業名	(7) 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 (主催)
交付決定額 (A) 又は交付確定額	660,000円
受領済額 (B)	0円
今回請求額 (C)	660,000円
残 額 (D)	0円