

記載例

別紙様式2(一般用)

事業計画書

プルダウンから選択

計画書①

(4)介護に関する入門的研修の実施等からマッチングまでの一体的支援事業

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
名 称	介護に関する入門的研修
開 催 期 日	〇〇年〇月～〇〇年〇〇月
開 催 场 所	〇〇市福祉社会館
参 加 者 (1)参加者(参考範囲) (2)参加者数の見込み	<p>(1)参加者(参考範囲) 市内在住の18歳以上 介護分野への就労に関心がある介護未経験者</p> <p>(2)参加者数(見込み) 100人</p> <p>要綱、要領、Q&Aをよく読み、事業内容の参考範囲 参加者が補助金対象なのか確認をお願いします</p>
内 容 (テーマ、講師名、時間割等)	<p>(テーマ、講師名、時間割等) 時間午前9時30分～午後4時 ①高齢者の状況 ②介護に関する基礎知識 ③基本的な介護の方法 ④介護における安全確保 ⑤認知症の理解 ⑥障がいの理解 ⑦地域の支え合い活動 ⑧救急救命時の対応 について学習し、後日就労説明会、職場見学会、一日体験会を実施</p> <p>具体的に記載すること ※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</p>
事 業 の 目 的	介護未経験者の介護分野への参入のきっかけを作るとともに、介護分野で働く際の不安を払拭するため、介護に関する入門的な知識・技術を習得するための研修や、研修受講後の介護施設等とのマッチングまでの一体的な取組の実施
	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	0	積算根拠が分かるよう「費目、単価×数量を記載し 費目が多い場合は任意様式で一覧を作成し 別途添付してください
旅費	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0	0	<記載例> 講師謝礼 @10000 (契約書等別途添付) 旅費 @500×2(往復)(詳細別途添付)
需用費	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0	0	印刷費 @10×2(両面)×100 切手 @110×50 会場費 2日分 50,000×2(別途見積添付)
役務費	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0	0	食糧費(講師茶菓子)等 消費税が10%でない場合はこちらを利用 項目が多い場合は10%でも利用可能
委託料	272,727 0 0 0 0	27,273 0 0 0 0	300,000	合計 ○○○に委託(詳細別紙添付)
使用料及び賃借料	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0	0	合計 <使用料及び賃借料> 借上料(介護用品レンタル代、会場で使用するマイク等 会場使用料等)
補助対象経費計	272,727	27,273	300,000	
【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	27,273			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
補助対象外経費計	27,273			<記載例> 会費@500×50(保険料)(別紙詳細添付)
総事業費	300,000			

※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税法(昭和25年法律第220号)による
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

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	
開催期日	
開催場所	
参加者 (1)参加者(収集範囲) (2)参加者数の見込み	(1)参加者(収集範囲) (2)参加者数(見込み)
内 容 (テーマ、講師名、時間割等)	研修内容、名称等が (計画①)と違う場合は こちらの用紙に記載
内 容 (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 0 0	0	
旅費	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0	0	合計
需用費	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0	0	合計
役務費	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0	0	合計
委託料	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0	0	合計
使用料及び賃借料	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0	0	合計
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2(一般用)

計画書③

事業計画書

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	
開催期日	
開催場所	
参加者 (1)参加者(収集範囲) (2)参加者数の見込み	(1)参加者(収集範囲) (2)参加者数(見込み) 研修内容、名称等が (計画①、計画②)と 違う場合は こちらの用紙に記載
内 容 (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 0 0	0	
旅費	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0	0	合計
需用費	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0	0	合計
役務費	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0	0	合計
委託料	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0	0	合計
使用料及び賃借料	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0	0	合計
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	0	0	
消費税及び地方消費税	0	0	0	
補助対象外経費計	0	0	0	
総事業費	0	0	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

(4)介護に関する入門的研修の実施等からマッチングまでの一体的支援事業

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	機関・団体名		社会福祉法人 ふくしま		(単位:円)
						F	G	H	I	
(4)介護に関する入門的 研修の実施等からマッチ ングまでの一体的支援事 業	300,000	0	27,273	272,727	272,727					介護に関する 入門的研修
	0	0	0	0	0					
	0	0	0	0	0					
合計	300,000	0	27,273	272,727	272,727	272,727	272,727	10/10	272,000	

(注1) 寄附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。

内示時の選定額を入れてください

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：(4)介護に関する入門的研修の実施等からマッチングまでの一體的支援事業

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※	272,000 円	
その他	28,000 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)	28,000 円 (円)
寄付金	円	
その他 ()	0 円	
合計	300,000 円	

特に記載事項はありません

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	272,727 円	
補助事業費のうち補助対象外経費	27,273 円	
合計	300,000 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：(4) 介護に関する入門的研修の実施等からマッチングまでの一体的支援事業

(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
完了予定期日	令和8年3月31日	★判断が難しい場合は 令和7年4月1日と記入
事業費の内訳（別紙可）	金額	
報償費	0 円	
	0 円	
	0 円	
	0 円	
	300,000 円	
	0 円	
事業費合計	300,000 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	272,000 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

(4) 介護に関する入門的研修の実施等からマッチングまでの一体的支援事業

2 補助金交付申請額

金 272,000 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かい 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 イチロー 福島 一郎	フクシマ 外ロウ 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 金融機関店名	地域医療銀行 社会福祉支店
	口座種別 (普通・当座の別)	普通	普通
	口座番号	12345678	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
	フリガナ	シャカイフクシホウジン チイキイリヨウカイ トクベツヨウゴロウジンホーム フクシマエン	イッパン〇〇ホウジン〇〇キョウかい
	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 理事業 福島 太郎	一般〇〇法人〇〇協会

※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)の受領に関するこ

令和〇年〇月〇日

内示通知書に記載の交付申請書の
提出締切日を記入してください

福島県知事様

(委任者)

住 所 福島市杉妻町〇一〇〇
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