

別紙様式2(初任者研修主催用)

事業計画書
介護未経験者に対する研修支援事業(主催事業)

プルダウンから選択
してください

①介護職員初任者研修の主催

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	福島市杉妻町2-16	書類送付先を記載または「法人と同じ」と記載してください
電話番号	024-521-8620	
連絡先	担当者氏名	福島 一子
	郵便番号・住所	〒960-8670 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

連絡がつく電話番号とアドレスを記載

2 事業計画

区分	内容
開催期日	第30期 令和7年6月11日～令和7年12月10日 第31期 令和7年8月11日～令和8年2月10日
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) 高校3年生から65歳未満の方で、研修終了後は介護職に従事しようとする方 (2)参加者数(受講定員) (2)参加者数 第30期 10名 第31期 10名
事業の目的	介護に携わる方が、基本的な介護を実践するために最低限必要な知識・技能・態度を身につけ、良質な介護を提供できる人材を育成し社会に貢献する。

※学則、日程表、募集要項、チラシ等を添付すること。

3 事業費

補助対象の受講料を記載

区分	受講料	補助対象人数	合計	積算内訳
【補助対象経費】 受講料	60,000 35,000	20 5	1,200,000 175,000	受講料110000円の内、補助対象60000円 60,000円×20人(受講料補助対象) 35,000円×5人(受講料補助対象) 50,000円×20人分(補助対象外) 0
補助対象経費計			1,375,000	
【補助対象外経費】 (対象外)受講料 テキスト代 その他			909,100 125,000 12,500	45,455円×20人分(受講料補助対象外) 5,000円×25人(5500税込) 500×25 保険料(550税込)
補助対象外経費計			1,046,600	
総事業費			2,421,600	

※経費区分には学則

補助対象外の受講料、テキスト代、保険料等は金額と積算内訳を記載すること
別途、収入予算書(任意様式)添付※税抜

所要額調書

介護未経験者に対する研修支援事業(主催事業)

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	基 準 額	選 定 額	補助率 H	補 助 金 所 要 額 I	備 考 欄
					内示時の選定額を入れてください					
介護未経験者に対する 研修支援事業(主催事業)	2,421,600	1,046,600	0	1,375,000	1,375,000	2,275,000	1,375,000	10/10	1,375,000	①介護職員初 任者研修の主 催
合 計	2,421,600	1,046,600	0	1,375,000	1,375,000	2,275,000	1,375,000		1,375,000	

(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： 介護未経験者に対する研修支援事業（主催事業）

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※		1,375,000 円	
その他		1,046,600 円	必要事項を()の中に記載してください
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)	0 円 (円)	
	寄付金	円	
	その他 (補助対象外受講料、テキスト代、保険料)	1,046,600 円	
合計		2,421,600 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	1,375,000 円	
補助事業費のうち補助対象外経費	1,046,600 円	
合計	2,421,600 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： 介護未経験者に対する研修支援事業（主催事業）

（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 ★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	
	受講料	1, 375, 000 円	
	補助対象外受講料	909, 100 円	
	テキスト代	125, 000 円	
	その他	12, 500 円	
事業費合計		2, 421, 600 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		1, 375, 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）

番 号
令和●年●月●日

完了年月日より早い日付を記入してください

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

介護未経験者に対する研修支援事業（主催事業）

交付決定年月日＋指令番号を記入してください

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

4 事業の変更（中止・廃止）の内容

予定していた参加者数（受講定員）が減ったため

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