

事業実績書

(12)認知症ケアに携わる人材の育成のための研修事業(主催)

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	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	
法人電話番号	024-521-8620	
連絡先	担当者氏名	福島 一子
	郵便番号・住所	福島県福島市杉妻2-16
	T E L	024-521-8620
	F A X	024-521-7917
	E - mail	tikiiryokaigo@pref.fukushima.lg.jp

2 事業実績

区 分	内 容
名 称	認知症介護指導者研修 基礎から学び、サービス向上を目指そう
開 催 期 日	令和〇年〇月〇〇日～令和×年×月××日
開 催 場 所	特別養護老人ホーム〇〇園 大会議室及びオンライン
参 加 者 (1)参加者(参集範囲) (2)参加者数	(1)参加者(参集範囲) 〇×法人の管理者および管理者候補等 (2)参加者数 各施設 5名(5×3) 計15名
内 容 (テーマ、講師名、時間割等)	(テーマ、講師名、時間割等) 5月～1月までの全9回を予定 講師 〇〇〇〇 時間 毎月第三木曜日13:00～15:00 1回目 5月 認知症ケアの理念 2回目 6月 認知症ケアの倫理と意思決定支援 3回目 7月 権利擁護の視点に基づく支援 4回目 8月 家族介護者の理解と支援方法 5回目 9月 QOLを高める活動と評価の視点 6回目 10月 生活支援のためのケアの演習 7回目 11月 行動・心理症状支援のためのケア 8回目 12月 アセスメントとケアの実践の基本 9回目 1月 自施設・事業所での課題について
事 業 の 効 果	学びなおすことや新たな知識を得ることで施設の課題を知り、施設の認知症高齢者に対する介護サービスの質の向上を図った。 結果、認知症家族の支援や理解で学んだことを生かしカスハラが起きにくくなる環境を作り認知症高齢者の行動、心理について学び新たな知識を得た事で、施設の利用者との関わりがより身近に感じられる職員が増え、人材を維持することに繋がった。

※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】			180,000	合計
報償費	163,636	16,364	180,000	180,000円(@20,000×9) 講師謝礼
	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 <記載例> 講師謝礼 @10000 旅費 @500×2(往復) 印刷費 @10×2(両面)×100 切手 @110×50 会場費 2日分 50,000×2
	0	0	0	
	0	0	0	
	0	0	0	
	0	0	0	
旅費	0	0	0	資料のコピー代
	0	0	0	
	0	0	0	
	0	0	0	
	0	0	0	
需用費	24,545	2,455		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
	0	0		
	0	0		
	0	0		
	0	0		
役務費	0	0		<役務費> 通信運搬費(切手代、FAX代) 広告料等
	0	0		
	0	0		
	0	0		
	0	0		
委託料	0	0	0	合計
	0	0	0	<委託料> 外部委託に該当する場合の費用
	0	0	0	
	0	0	0	
	0	0	0	
	0	0	0	
使用料及び賃借料	0	0	0	合計
	0	0	0	<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
	0	0	0	
	0	0	0	
	0	0	0	
	0	0	0	
補助対象経費計	188,181	18,819	207,000	
【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	18,819			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 <記載例> 会費@500×50(保険料)(別紙詳細添付)
補助対象外経費計	18,819			
総事業費	207,000			

※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
地方消費税は補助事業対象経費としない。

事業実績書

(12)認知症ケアに携わる人材の育成のための研修事業(主催)

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	
法人電話番号	024-521-8620	
連絡先	担当者氏名	福島 一子
	郵便番号・住所	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 事業実績

区分	内容
名称	管理者研修 適切なサービス提供のあり方
開催期日	令和〇年〇月〇〇日
開催場所	特別養護老人ホーム〇〇園 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) ○×法人の管理者および管理者候補等 (2)参加者数 各施設 5名(5×3) 計15名
内容 (テーマ、講師名、時間割等)	(テーマ、講師名、時間割等) テーマ 適切なサービス提供のあり方について学ぶ 講師:△▽〇〇〇〇 時間:9:30~14:30 内容 9:30 ~ 適切なサービス提供のあり方(利用者家族・地域・医療との連携) 11:00~ 適切なサービス提供のあり方(運営推進会議) 13:00~ 適切なサービス提供のあり方(サービスの質の向上に向けて)
事業の効果	介護事業所の管理者として認知症ケアに必要な知識や技術などを習得し、認知症高齢者に対する介護サービスの質の向上を図ることが出来た。

※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】			50,000	合計
報償費	45,455	4,545	50,000	50,000円 講師謝礼
	0	0		
	0	0		
	0	0		
	0	0		
旅費			8,400	合計
	6,436	644	7,080	3,540円×2 新幹線代(仙台～福島)
	1,200	120	1,320	660円×2 電車代(仙台泉中央～仙台駅)
	0	0		
	0	0		
	0	0		
需用費			1,080	合計
	0	0		
	0	0		
	0	0		
	1,000	80	1,080	1080円(お茶180円、菓子900円)
			0	
役務費			0	合計
	0			
	0			
	0			
	0			
	0			
委託料				
	0			
	0			
	0			
	0			
	0			
使用料及び賃借料				
	0			
	0			
	0			
	0			
	0			
補助対象経費計	54,091	5,389	59,480	
【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	5,389			
補助対象外経費計	5,389			
総事業費	59,480			

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

<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)
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)

<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

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

<記載例>

会費@500×50(保険料)(別紙詳細添付)

※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
地方消費税は補助事業対象経費としない。

する

事業実績書

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	
法人電話番号	024-521-8620	
連絡先	担当者氏名	福島 一子
	郵便番号・住所	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 事業実績

区分	内容
名称	
開催期日	計画①②と研修名、 名称が違う場合は こちらを使用してください
開催場所	
参加者 (1)参加者(参集範囲) (2)参加者数	
	(2)参加者数
内容 (テーマ、講師名、時間割等)	(テーマ、講師名、時間割等)
事業の効果	

※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		
旅費			0	合計
	0	0		
	0	0		
	0	0		
	0	0		
需用費			0	合計
	0	0		
	0	0		
	0	0		
			0	
			0	
役務費			0	合計
	0	0		
	0	0		
	0	0		
	0	0		
	0	0		
委託料			0	合計
	0	0		
	0	0		
	0	0		
	0	0		
	0	0		
使用料及び賃借料			0	合計
	0	0		
	0	0		
	0	0		
	0	0		
	0	0		
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			

※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。

精算額調書

(12)認知症ケアに携わる人材の育成のための研修事業(主催)

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	額 G	補助率 H	補 助 金 所 要 額 I	備 考 欄
					交付申請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(主催)	207,000	0	18,819	188,181	188,181	188,181	4/5	150,000	認知症介護指 導者研修 基 礎から学び、 サービス向上 を目指そう
(12)認知症ケアに携わる 人材の育成のための研 修事業(主催)	59,480	0	5,389	54,091	54,091	54,091	4/5	43,000	管理者研修 適切なサービ ス提供のあり 方
	0	0	0	0	0	0		0	
合 計	266,480	0	24,208	242,272	242,272	242,272		193,000	

(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、補助対象経費の実支出額を記入すること(=D欄の金額に一致すること)。
(注3) F欄には、直近の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、直近の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。

収 支 精 算 書

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（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※		193,000 円	
その他		73,480 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)	73,480 円 (円)	
	寄付金	円	
	その他 ()	0 円	
合計		266,480 円	

その他に金額が入る時は、詳細を記入してください

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	242,272 円	
補助事業費のうち補助対象外経費	24,208 円	
合計	266,480 円	

事業実績書

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(主催)

（単位：円）

		着手年月日は年度内の事業計画書、見積り、研修申し込み等で一番早い日を記入してください	
着手年月日		令和 7 年 5 月〇日	
完了年月日		令和 8 年 2 月〇〇日	
事業費の内訳（別紙可）		金 額	完了年月日は、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してください
	報償費		
	旅費		
	需用費	28, 080 円	
	役務費	0 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		266, 480 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		193, 000 円	摘要（積算内訳を記載すること）

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
（土日祝を除く）

番 号

令和8年2月〇〇日

福島県知事

住所 024-521-8620
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8年2月〇〇日

変更申請した場合は変更決定日の
記載も必要になります

2 補助金交付決定額

金 193,000 円

3 添付書類

- (1) 事業実績書（第8号）
(2) 収支精算書（第9号様式）

(3) その他

精算額調書（別紙様式3）
事業実績書（別紙様式4）
補助対象経費の金額がわかる書類
事業完了時チェックリスト
その他参考となる書類

交付決定額を記入してください
※変更申請をした場合は
変更交付決定額を記入してください

番 号
令和8年2月〇〇日

福島県知事

住所 024-521-8620
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。

記

事業名	(12) 認知症ケアに携わ	交付決定年月日+指令番号を記入してください
交付決定年月日	令和8年2月〇〇日付け福島県指令生福第×〇▲△号	
交付決定額	金 193,000 円	
着手年月日	交付決定額を記入してください ※変更申請をした場合は 変更交付決定額を記入してください	〇日
完了年月日		〇日

日付を記入してください

番 号
令和 8 年 3 月 3 1 日

福島県知事

住所 024-521-8620
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請求書

福島県から交付決定のあった令和 7 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下さるよう請求します。

記

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(主催)
交付決定額 (A) 又は交付確定額	193, 000円
受領済額 (B)	0円
今回請求額 (C)	193, 000円
残 額 (D)	0円