

事業実績書
(3)介護未経験者に対する研修支援事業(主催事業)
①介護職員初任者研修の主催

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	
	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
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 20名 第31期 20名
事業の効果	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できた。

※学則、日程表、募集要項、チラシ等を添付すること。

3 事業費

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	35 5	2,100,000 175,000	受講料110000円の内、補助対象60000円 60,000円×35人(受講料補助対象) 35,000円×5人(受講料補助対象) 50,000円×35人分(補助対象外)
補助対象経費計			2,275,000	
【補助対象外経費】 (対象外)受講料 テキスト代 その他			1,590,925 200,000 20,000	45,455円×35人分(受講料補助対象外) 5,000円×40人(5500税込) 500×40 保険料(550税込)
補助対象外経費計			1,810,925	
総事業費			4,085,925	

精算額調書

(3)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 E	基 準 額 F	選 定 額 G	補助率 H	補 助 金 所 要 額 I	備 考 欄
(3)介護未経験者に対する研修支援事業(主催事業)	4,085,925	1,810,925	0	2,275,000	2,275,000	2,275,000	2,275,000	10/10	2,275,000	①介護職員初任者研修の主催
合 計	4,085,925	1,810,925	0	2,275,000	2,275,000	2,275,000	2,275,000		2,275,000	

(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： （3）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※		2,275,000 円	
その他		1,810,925 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)	0 円 (円)	
	寄付金	その他に金額が入る時は、詳細を記入してください	
	その他 (補助対象外受講料、テキスト代、保険料)	1,810,925 円	
合計		4,085,925 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	2,275,000 円	
補助事業費のうち補助対象外経費	1,810,925 円	
合計	4,085,925 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：（3）介護未経験者に対する研修支援事業（主催事業）

		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
	受講料	2,275,000 円	
	補助対象外受講料	1,590,925 円	
	テキスト代	200,000 円	
	その他	20,000 円	
事業費合計		4,085,925 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		2,275,000 円	摘要（積算内訳を記載すること）

記載例 実績

番 号

令和 8 年 2 月 〇〇 日

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）

福

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 1 3 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 1 0 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 2,275,000 円

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

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

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

番 号
令和8年2月〇〇日

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	(3) 介護未経験	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	
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		金 2,275,000 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	〇日
完了年月日	変更交付決定額を記入してください	〇日

記載例 実績

番 号

日付を記入してください

令和 8 年 3 月 3 1 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	(3) 介護未経験者に対する研修支援事業（主催事業）
交付決定額（A） 又は交付確定額	2, 275, 000円
受領済額（B）	0円
今回請求額（C）	2, 275, 000円
残 額（D）	0円