

事業実績書

(3)介護未経験者に対する研修等支援事業(派遣事業)

④介護福祉士資格取得に係る実務者研修への派遣

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	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	

2 事業実績
別紙のとおり

3 事業費

区分	税抜	消費税	合計	積算内訳
【補助対象経費】 旅費				
需用費	36,000	3,600	39,600	別紙のとおり
負担金	160,908	16,092	177,000	別紙のとおり
補助対象経費計	196,908	19,692	216,600	
【補助対象外経費】 寄付金その他の収入金	0			
消費税及び地方消費税	19,692			
補助対象外経費計	19,692			
総事業費	216,600			

※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。

1 事業の目的

団体等名

社会福祉法人 ふくしま

介護職員初任者研修等の基本的な知識・技術を習得するための研修や介護福祉士養成施設における介護福祉士資格取得を目指すための学習、介護福祉士資格取得に係る実務者研修の受講しチームケアの一員として質の高い介護サービス提供の担い手たり得るようにする

2 事業計画

水色のセル ☐のみ入力してください

No.	名称(派遣研修名)	開催期日	開催場所	参加者		
				所属施設名	職名	氏名
1	介護福祉士実務者研修	令和〇年×月〇日～×月△日 (オンライン研修) 令和〇年▽月◇◇日～△月〇◇日	〇〇〇専門学校	特別養護老人ホーム ふくしま	介護職員	福島 太郎
2	介護福祉士実務者研修	令和〇年×月〇日～×月△日 (オンライン研修) 令和〇年▽月◇◇日～△月〇◇日	〇〇〇専門学校	特別養護老人ホーム ふくしま	介護職員	福島 次郎
3	介護福祉士実務者研修	令和〇年×月〇日～×月△日 (オンライン研修) 令和〇年▽月◇◇日～△月〇◇日	〇〇〇専門学校	特別養護老人ホーム ふくしま	介護職員	福島 次子
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

3 事業費

No.	旅費				需用費				負担金				補助対象経費			参加予定者名
	税抜	消費税	合計	積算内訳	税抜	消費税	合計	積算内訳	税抜	消費税	合計	積算内訳	税抜	消費税	合計	
1					12,000	1,200	13,200	テキスト代	53,636	5,364	59,000	受講料	65,636	6,564	72,200	福島太郎
2					12,000	1,200	13,200	テキスト代	53,636	5,364	59,000	受講料	65,636	6,564	72,200	福島次郎
3					12,000	1,200	13,200	テキスト代	53,636	5,364	59,000	受講料	65,636	6,564	72,200	福島次子
4					0	0			0	0			0	0	0	
5					0	0									0	
6					0	0									0	
7					0	0									0	
8					0	0									0	
9					0	0									0	
10					0	0									0	
11					0	0									0	
12					0	0									0	
13					0	0									0	
14					0	0									0	
15					0	0									0	
16					0	0									0	
17					0	0									0	
18					0	0									0	
19					0	0									0	
20					0	0									0	
合計					36,000	3,600	39,600		160,908	16,092	177,000		196,908	19,692	216,600	

事業実績書

(3)介護未経験者に対する研修等支援事業(派遣事業)

③介護職員初任者研修への派遣

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	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	

2 事業実績

別紙のとおり

3 事業費

区分	税抜	消費税	合計	積算内訳
【補助対象経費】 旅費				
需用費	5,454	546	6,000	別紙のとおり
負担金	100,000	10,000	110,000	別紙のとおり
補助対象経費計	105,454	10,546	116,000	
【補助対象外経費】 寄付金その他の収入金	0			
消費税及び地方消費税	10,546			
補助対象外経費計	10,546			
総事業費	116,000			

※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。

1 事業の目的

団体等名 社会福祉法人 ふくしま

介護職員初任者研修等の基本的な知識・技術を習得するための研修や介護福祉士養成施設における介護福祉士資格取得を目指すための学習、介護福祉士資格取得に係る実務者研修の受講しチームケアの一員として質の高い介護サービス提供の担い手たり得るようにする

2 事業計画

No.	名称(派遣研修名)	開催期日	開催場所	参加者		
				所属施設名	職名	氏名
1	初任者研修	令和〇年△月◇日～▽月〇〇日	社会福祉法人〇〇〇	特別養護老人ホーム ふくしま	介護職員	福島 ケン
2	初任者研修	令和〇年△月◇日～▽月〇〇日	社会福祉法人〇〇〇	特別養護老人ホーム ふくしま	介護職員	福島 ケイ子
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

3 事業費

No.	旅費				需用費				負担金				補助対象経費			参加予 定者名
	税抜	消費税	合計	積算内訳	税抜	消費税	合計	積算内訳	税抜	消費税	合計	積算内訳	税抜	消費税	合計	
1					2,727	273	3,000	テキスト代	50,000	5,000	55,000	受講料	52,727	5,273	58,000	福島 ケン
2					2,727	273	3,000	テキスト代	50,000	5,000	55,000	受講料	52,727	5,273	58,000	福島 ケイ子
3					0	0			0	0			0	0	0	
4					0	0							0	0	0	
5					0	0								0	0	
6					0	0								0	0	
7					0	0								0	0	
8					0	0								0	0	
9					0	0			0	0			0	0	0	
10					0	0			0	0			0	0	0	
11					0	0			0	0			0	0	0	
12					0	0			0	0			0	0	0	
13					0	0			0	0			0	0	0	
14					0	0			0	0			0	0	0	
15					0	0			0	0			0	0	0	
16					0	0			0	0			0	0	0	
17					0	0			0	0			0	0	0	
18					0	0			0	0			0	0	0	
19					0	0			0	0			0	0	0	
20					0	0			0	0			0	0	0	
合計					5,454	546	6,000		100,000	10,000	110,000		105,454	10,546	116,000	

事業実績書
(3)介護未経験者に対する研修等支援事業(派遣事業)
⑤介護福祉士国家試験受験のための学習

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	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

2 事業実績
別紙のとおり

3 事業費

区分	税抜	消費税	合計	積算内訳
【補助対象経費】 旅費	0	0	0	別紙のとおり
需用費	4,545	455	5,000	別紙のとおり
負担金	0	0	0	別紙のとおり
補助対象経費計	4,545	455	5,000	
【補助対象外経費】 寄付金その他の収入金	0			
消費税及び地方消費税	455			
補助対象外経費計	455			
総事業費	5,000			

※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。

1 事業の目的

団体等名 社会福祉法人 ふくしま

介護職員初任者研修等の基本的な知識・技術を習得するための研修や介護福祉士養成施設における介護福祉士資格取得を目指すための学習、介護福祉士資格取得に係る実務者研修の受講しチームケアの一員として質の高い介護サービス提供の担い手たり得るようにする

2 事業計画

No.	名称(派遣研修名)	開催期日	開催場所	参加者		
				所属施設名	職名	氏名
1	介護福祉士国家試験対策(参考書)	令和〇年△月◇日～▽月〇〇日	自宅学習	特別養護老人ホーム ふくしま	介護職員	福島 太郎
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

3 事業費

No.	旅費				需用費				負担金				補助対象経費			参加予 定者名
	税抜	消費税	合計	積算内訳	税抜	消費税	合計	積算内訳	税抜	消費税	合計	積算内訳	税抜	消費税	合計	
1					4,545	455	5,000	参考書購入代 (別紙詳細添付)	0	0			4,545	455	5,000	福島 太郎
2	水色のセル のみ入力してください				0	0			0	0			0	0	0	
3					0	0								0	0	
4					0	0								0	0	
5					0	0								0	0	
6					0	0			0	0			0	0	0	
7					0	0			0	0			0	0	0	
8					0	0			0	0			0	0	0	
9					0	0			0	0			0	0	0	
10					0	0			0	0			0	0	0	
11					0	0			0	0			0	0	0	
12					0	0			0	0			0	0	0	
13					0	0			0	0			0	0	0	
14					0	0			0	0			0	0	0	
15					0	0			0	0			0	0	0	
16					0	0			0	0			0	0	0	
17					0	0			0	0			0	0	0	
18					0	0			0	0			0	0	0	
19					0	0			0	0			0	0	0	
20					0	0			0	0			0	0	0	
合計					4,545	455	5,000		0	0	0		4,545	455	5,000	

精算額調書

(3)介護未経験者に対する研修等支援事業(派遣事業)

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 額 E	交付申請時の選定額を 入力してください 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 研修等支援事業(派遣 事業)	216,600	0	19,692	196,908	196,908	196,908	196,908	10/10	196,000	④介護福祉士資格取得に係る実務者研修への派遣
(3)介護未経験者に対する 研修等支援事業(派遣 事業)	116,000	0	10,546	105,454	105,454	105,454	105,454	10/10	105,000	③介護職員初任者研修への派遣
(3)介護未経験者に対する 研修等支援事業(派遣 事業)	5,000	0	455	4,545	4,545	4,545	4,545	10/10	4,000	⑤介護福祉士国家試験受験のための学習
合 計	337,600	0	30,693	306,907	306,907	306,907	306,907		305,000	

(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(=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

記載例 実績

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等支援事業（派遣事業）

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※		305, 000 円	
その他		32, 600 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)	32, 600 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 ()	0 円	
合計		337, 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	306, 907 円	
補助事業費のうち補助対象外経費	30, 693 円	
合計	337, 600 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等支援事業（派遣事業）

		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）		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	
	旅費		
	需用費		
	負担金		287, 000 円
事業費合計		337, 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		305, 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

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 305,000 円

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

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	(3) 介護未経験者に対する研修等支援事業（派遣事業）		
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 305,000 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

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くだ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等支援事業（派遣事業）
交付決定額（A） 又は交付確定額	305,000円
受領済額（B）	0円
今回請求額（C）	305,000円
残額（D）	0円