

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(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	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	tikiiryokaigo@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	0	0	0	別紙のとおり
負担金	13,635	1,365	15,000	別紙のとおり
補助対象経費計	13,635	1,365	15,000	
【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	1,365			
補助対象外経費計	1,365			
総事業費	15,000			

※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。

〈別 紙〉

1 事業の目的

団体等名

社会福祉法人 ふくしま

(12)認知症ケア人材総合的な育成を推進することによる介護人事の確保を目的とする

2 事業実績

No.	名称(派遣研修名)	開催期日(伝達研修日)	開催場所	参加者		
				所属施設名	職名	氏名
1	認知症介護基礎研修	令和×年〇月〇〇日(木)～〇月〇 ×日(金)	オンライン	特別養護老人ホーム ふくしま	介護職員	福島 太郎
2	認知症介護基礎研修	令和×年〇月〇〇日(木)～〇月〇 ×日(金)	オンライン	特別養護老人ホーム ふくしま	介護職員	福島 次郎
3	認知症介護基礎研修	令和×年〇月〇〇日(木)～〇月〇 ×日(金)	オンライン	特別養護老人ホーム ふくしま	介護職員	福島 ○子
4	認知症介護基礎研修	令和×年〇月〇〇日(木)～〇月〇 ×日(金)	オンライン	特別養護老人ホーム ふくしま	介護職員	福島 ×子
5	認知症介護基礎研修	令和×年〇月〇〇日(木)～〇月〇 ×日(金)	オンライン	特別養護老人ホーム ふくしま	介護職員	福島 次子
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	0	0			0	0			2,727	273	3,000	受講料	2,727	273	3,000	福島太郎
2	0	0			0	0			2,727	273	3,000	受講料	2,727	273	3,000	福島次郎
3	0	0			0	0			2,727	273	3,000	受講料	2,727	273	3,000	福島○子
4	0	0			0	0			2,727	273	3,000	受講料	2,727	273	3,000	福島×子
5	0	0			0	0			2,727	273	3,000	受講料	2,727	273	3,000	福島次子
6	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
7	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
8	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
9	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
10	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
11	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
12	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
13	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
14	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
15	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
16	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
17	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
18	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
19	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
20	0	0			0	0			0	0			0	0	0	0
合計	0	0	0		0	0	0		13,635	1,365	15,000		13,635	1,365	15,000	

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(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	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	0	0	0	別紙のとおり
負担金	1,636	164	1,800	別紙のとおり
補助対象経費計	1,636	164	1,800	
【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	164			
補助対象外経費計	164			
総事業費	1,800			

※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。

〈別 紙〉

1 事業の目的

団体等名

社会福祉法人 ふくしま

(12)認知症ケア人材総合的な育成を推進することによる介護人事の確保を目的とする

2 事業実績

No.	名称(派遣研修名)	開催期日(伝達研修日)	開催場所	参加者		
				所属施設名	職名	氏名
1	認知症チームケア推進研修	令和×年〇月〇〇日(木)～〇月〇 ×日(金)	オンライン	特別養護老人ホーム ふくしま	ユニットリーダー	福島 とわ子
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	0	0			0	0			1,636	164	1,800	受講料	1,636	164	1,800	福島わ子
2	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
3	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
4	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
5	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
6	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
7	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
8	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
9	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
10	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
11	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
12	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
13	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
14	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
15	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
16	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
17	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
18	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
19	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
20	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
合計	0	0	0		0	0	0		1,636	164	1,800		1,636	164	1,800	

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	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	0	0	0	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	0	0	0	
【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	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。

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〉

1 事業の目的

団体等名

社会福祉法人 ふくしま

--	--	--	--	--	--

2 事業実績

No.	名称(派遣研修名)	開催期日(伝達研修日)	開催場所	参加者		
				所属施設名	職名	氏名
1						
2						
3						
4		計画①②以外の研修の場合使用				
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	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
2	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
3	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
4	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
5	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
6	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
7	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
8	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
9	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
10	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
11	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
12	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
13	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
14	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
15	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
16	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
17	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
18	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
19	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
20	0	0			0	0			0	0			0	0	00	
合計	0	0	0		0	0	0		0	0	0		0	0	0	

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(派遣)

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 基準額 交付申請時の選定額を入れてください			補助率 H	補助金 所要額 I	備考欄
						基準額	選定額			
(12)認知症ケアに携わる人材の育成のための研修事業(派遣)	15,000	0	1,365	13,635	13,635	13,635	13,635	10/10	13,000	
(12)認知症ケアに携わる人材の育成のための研修事業(派遣)	1,800	0	164	1,636	1,636	1,636	1,636	10/10	1,000	
	0	0	0	0	0		0		0	
合計	16,800	0	1,529	15,271	15,271	15,271	15,271		14,000	

(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(派遣)

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※	14,000 円	
その他	2,800 円	
内 国庫補助金 (補助金名：))	円	
内 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)	2,800 円 (円)	
訳 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	16,800 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	15,271 円	
補助事業費のうち補助対象外経費	1,529 円	
合計	16,800 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（派遣）

		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
旅費		
需用費		
負担金	16,800 円	
事業費合計	16,800 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	14,000 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)

福

番 号

令和8年2月〇〇日

住所 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

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

1 補助金の交付決定年月

令和8年2月〇〇日

2 補助金交付決定額

金 14,000 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	(12) 認知症ケアに携 <div style="border: 2px solid red; padding: 5px;">交付決定年月日+指令番号を記入してください</div>
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 14,000 円
着 手 年 月 日	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;">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</div>
完 了 年 月 日	

日付を記入してください

番 号
令和8年3月31日

福島県知事

住所 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くだ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(派遣)
交付決定額 (A) 又は交付確定額	14,000円
受領済額 (B)	0円
今回請求額 (C)	14,000円
残額 (D)	0円