

別記

第 1 号様式（第 4 条関係）

記入例

【記載留意事項】

に入力してください。

令和 年 10 月 1 日

←法人で特に文書番号を設定していない場合は、入力不要

鹿児島県知事 塩田 康一 殿

申請者 住 所
鹿児島市鴨池新町 1 0 - 1
氏 名
社会福祉法人 会
理事長

←法人名を記載（例） 株式会社 ○○ ○○ 、 社会福祉法人 ◇◇ ◇◇
←法人代表者名を記載（例） 代表取締役 ○○ ○○ 、 理事長 ◇◇ ◇◇

令和 年度地域医療介護総合確保基金事業（ 介護職員実務者研修費用助成事業 ）
補助金交付申請書

←（ ）内は下記リストから選択
介護員養成研修費用助成事業
介護職員実務者研修費用助成事業
アセッサー講習費用助成事業

令和 8 年度地域医療介護総合確保基金事業（ 介護職員実務者研修費用助成事業 ）を
実施したいので、下記のとおり補助金を交付くださるよう、鹿児島県補助金等交付規則
第 3 条及び鹿児島県地域医療介護総合確保基金事業補助金交付要綱第 4 条の規定により、
関係書類を添えて申請します。

記

1 補助金交付申請額 金 136,000 円

交付申請額は、第 2 号様式から自動で転記されます。

- 2 添付書類
- (1) 経費所要額調書（別記第 2 号様式）
 - (2) 事業計画書（別記第 3 号様式）
 - (3) 収支予算書（別記第 4 号様式）
 - (4) その他知事が必要と認める書類

第2号様式（第4条，第7条関係）
（その1）

（ 変 更 ） 経 費 所 要 額 調 書

補助事業者名（ 社会福祉法人●●会

事業名	総事業費 (A) 円	寄付金 その他の 収入額 (B) 円	差引額 (A)－(B) (C) 円	対象経費の 支出予定額 (D) 円	基準額 (E) 円	選定額 (F) 円	補助金所要額 (F)×補助 率 (G) 円	事業者負担額 (A)－(B)－(G) (H) 円
介護職員実務 者研修費用助 成事業	295,600	0	295,600	295,600	300,000	295,600	136,000	159,600

（注）1 「選定額」（F）欄は、（C）、（D）、（E）を比較して最も少ない額を記入すること。ただし、看護師特定行為研修受講支援事業、介護サ
ビス事業所ICT導入支援事業、病院内保育所運営費補助事業、医師勤務環境改善等事業、介護職員キャリアアップ支援事業、介護事業所内保育所
運営費補助事業、介護ロボット導入支援事業、介護職員人材確保対策事業及び離島・中山間地域等における介護人材確保支援事業については、（D）
（E）を比較して少ない方の額を記入すること。
2 該当なしの欄は「0」を記入すること。
3 「補助金所要額」は千円未満の端数は切り捨てること。
4 変更の場合は2段書きとし、1段に変更前の金額を（ ）書きで記入すること。

総事業費（A）欄について
第4号様式の（2）支出計と一致すること

青色の部分（下段）にのみ，数
字を記入してください。
(C,D,F,G,H)には数式が入力され
ています)

第1号様式から自動で転記されます

基準額（E）欄について
介護職員初任者研修、介護職員実務者研修費用助成事業＝受講人数×100,000円
生活援助従事者研修＝受講人数×50,000円
アセッサー講習＝1人当たり20,900円
を記入してください。

（G）欄＝補助金交付申請額となります
【留意点】複数名受講者がいる場合は、受講費
総額の1/2ではなく、受講者一人当たりの補助額
を算定したうえで合算した金額を記載します。

第3号様式（第4条関係）

事業計画書

1 事業名

介護職員実務者研修費用助成事業（ ）

2 事業者名（施設名等）

社会福祉法人●●会
（ 特別養護老人ホーム●● ）

3 実施予定期間

令和 8 年 11 月 5 日～令和 9 年 1 月 15 日

4 事業の目的・目標

介護・福祉についての専門的な知識・技術を習得し、介護サービスの向上を図る。

実施事業内容等

1 対象職員
介護職員実務者研修 3名

※ 受講者、受講予定期間、研修受講機関は別添一覧のとおり

【記載留意事項】

に入力してください。

←事業名は該当するものをリストから選択

（ ）内は、「介護員養成研修費用助成事業」の場合、該当するものをリストから選択

介護職員初任者研修

生活援助従事者研修

←事業者名は第1号様式から自動で転記されます。

←（ ）内は、事業所・施設の名称を入力（例）グループホーム○○○○、特別養護老人ホーム◇◇◇◇

←研修受講開始～受講終了証交付まで

←下記の記入例を参照してください。

（例）介護・福祉についての専門的な知識・技術を習得し、介護サービスの向上を図る。

←下記の記入例を参照してください。

（例）

1 対象職員

・介護職員初任者研修 ◇名

・生活援助従事者研修 ×名

※ 受講者は別添一覧のとおり

2 受講予定期間

令和 年 月 日～令和 年 月 日

3 研修受講機関・講座名

●●●●センター

【記載留意事項】
にを入力してください。

収 支 予 算 書

事業名（介護職員実務者研修費用助成事業）

←（ ）内は下記リストから選択

(1) 収入 (単位：円)

区 分	予算額	前年度予算額	増 減 額	備 考
県補助金	136,000		136,000	
自己負担金	159,600		159,600	
そ の 他			0	
計	295,600	295,600	0	

←収入計は(2)の支出計と一致すること

(2) 支出 (単位：円)

区 分	予算額	前年度予算額	増 減 額	備 考
研修経費	295,600		295,600	
			0	
			0	
			0	
			0	
			0	
			0	
計	295,600	0	295,600	

←支出計は(1)の収入計と一致すること
また、第2号様式の総事業費（A）と一致すること

注）区分には「会議開催経費」、「研修経費等」を記入

(3) 経費配分明細

(単位：円)

区 分	経費区分	予算額	積算内訳
研修経費	受講料	295,600	受講料 122,000円×1名 96,800円×1名 76,800円×1名 補助額算定 $122,000 \times 1/2 = 61,000$ 円 1名当たり補助上限額50,000円① $96,800 \times 1/2 = 48,400$ 円 千円未満切り捨て 48,000円② $76,800 \times 1/2 = 38,400$ 円 千円未満切り捨て 38,000円③ 補助額①+②+③=136,000円
計		295,600	

←「区分」及び「予算額」は(2)支出から自動で転記されます

←積算内訳に記載の金額は「予算額」と一致すること

(例) 受講料50,000円×2名

【補助額算定用】

受講費	補助額
122,000	50,000
96,800	48,000
76,800	38,000
295,600	136,000
	↑補助額

注) 区分には「会議開催経費」、「研修経費等」を記入

経費区分には内訳(受講料、報償費、旅費、需用費等)を記入

(別 添)

介護職員実務者研修 研修受講予定・実績一覧

事業者（法人）名： 社会福祉法人●●会

3 介護福祉士実務者研修

※実績報告時のみ記載

	施設・事業所名	受講者氏名	生年月日	研修機関名	研修期間	受講料(円)
1	特別養護老人ホーム●●	●● ●●	H4. 6. 1	●●会	R . . ~ R . .	122, 000
2	特別養護老人ホーム●●	●● ●●	H12. 7. 2	●●カレッジ	R . . ~ R . .	96, 800
3	デイサービスセンター●●	●● ●●	H3. 8. 3	●●学校	R . . ~ R . .	76, 800
4					R . . ~ R . .	
5					R . . ~ R . .	

修了 年月日	支払日
R . .	R . .
R . .	R . .
R . .	R . .
R . .	R . .
R . .	R . .

注意事項 (1) 記入欄が不足する場合は、行を追加してください。

(2) 実績報告時、申請内容から変更がある場合は、内容を修正すること。

(3) 受講内容及び受講料が分かるパンフ等を添付すること。

受講人数(名)	3
受講料合計(円)	295, 600
基準額(円)	300, 000

(受講予定者数×100, 000円)

補助金振込口座登録申出書

令和8年度 介護職員キャリアアップ支援事業

(介護職員実務者研修費用助成事業)

← () 内は下記リストから選択
介護員養成研修費用助成事業
介護職員実務者研修費用助成事業
アセッサー講習費用助成事業

令和●●年●●月●●日
鹿児島県知事 殿
〒890-0064
法人住所 鹿児島市鴨池新町10-1
法人名称 社会福祉法人●●会
代表者職名 理事長 ●● ●●

1	金融機関名	●●銀行 (●●) 支店	金融機関コード	支店コード																			
	預金種別	1. 普通預金	口座番号																				
		2. 当座預金 ※貯蓄預金は不可	1	2	3	4	5	6	7														
口座名義人(カタカナで記入)	フ	ク	)	●	●	カ	イ		リ	ジ	チ	ヨ	ウ	●	●	●	●						

←法人名義の口座を記載してください
(やむを得ず、施設・事業所名の口座に振込を希望する場合は、
次ページの「委任状」も記載してください)

※本申請書を提出する際は、口座名義等が確認できる部分の通帳の写しを添付してください。

※ やむを得ず預金口座を変更・取消する場合は、あらかじめ県の担当者に相談してください。

※ 支払先として指定できる金融機関について

振替先の指定は県内、県外を問わずできますが、外国銀行及び漁業協同組合の一部はできません。

※ この預金口座は、補助金の支払いが完了するまで解約しないでください。

連絡欄

担当者連絡先 (全て入力してください)

担当者名	●● ●●
TEL	099-286-2687
E-mail	●●●●●@●●●●

委任状

令和●年●月●日

鹿児島県知事 塩田 康一 殿

委任者 (住 所)
(法 人 名)
(理事長名)

施設名ではなく法人名を記入

印

理事長印

令和●年度地域医療介護総合確保基金事業（介護職員実務者研修費用助成事業）補助金
については、下記の者に受領行為を委任します。

記

受任者 (住 所) 鹿児島市鴨池新町123
(施設名) 特別養護老人ホーム●●
(職氏名) 施設長 ●● ●● 印

職名も記入

受領者の印