

(作成例：3名の場合)

別記

第1号様式（第4条関係）

※法人で管理する文書番号，日付を記入

第 号
令和 5年 月 日

鹿児島県知事 塩田 康一 殿

申請者 住 所 ○○市○○町○○番地
氏 名 社会福祉法人○○会
理事長 ○○ ○○

令和5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

令和5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 150,000円

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)

Excelにて作成される際は, C, D, F, G, Hは数式が入力されているため, 入力不要です。

(その1)

(変更) 経費所要額調書

受講料とテキスト代(あれば)を記入してください。

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	330,088	0	330,088	330,088	300,000	300,000	150,000	180,088

- (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, 介護サービス事業所 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)と (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, 上段に変更前の金額を()書きで記入すること。
 5 専門医養成支援事業については, その2を使用すること。

要綱に基づき, 受講者数×100,000 を記入してください。

(その2)

(変更) 経費所要額調書

補助事業者名()

補助金交付申請額には こちらの額を記入してください

事業名	基準額 (A) 円	研修月数 (B) 月	補助金所要額 (A)×(B) 円

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(開設者名を含む))

社会福祉法人〇〇会 理事長 〇〇 〇〇

3 実施予定期間

令和5年9月15日 ～ 令和5年11月18日

4 事業の目的・目標

介護職員のさらなる専門性の向上やキャリアアップを図るため、介護福祉士の資格取得を支援する。

実施事業内容等

※ あくまでも一例ですが、自宅学習や通学学習の内容（日時や、介護課程や医療的ケアなどの講義など）を、時系列を追って記載するのも可です。

受講者全員分（記入例では3名）を記入してください。

第4号様式（第4条関係）

収 支 予 算 書

事業名（介護職員実務者研修費用助成事業）

（1）収入

（単位：円）

	予 算 額	前年度予算額	増 減 額	備 考
県 補 助 金	150,000	0	150,000	
自己負担金	180,088	0	180,088	
そ の 他				
計	330,088	0	330,088	

※収入と支出の計は同額となる

（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	330,088	0	330,088	
計	330,088	0	330,088	

※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	330,088 ※支出額と同額	受講料 101,816 円×1 名 114,136 円×2 名 ※内訳を記入してください
計		330,088	

※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（報償費，旅費，需用費等）を記入

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

○ 介護福祉士実務者研修

※実績報告時のみ入力

	所属事業所	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○○園	○○ ○○	H2. 6. 1	○○カレッジ	R5. 9. 15 ～ R5. 11. 10	101, 816
2	デイサービスセンター○○	△△ △△	S56. 6. 13	○○会	R5. 9. 15 ～ R5. 11. 18	114, 136
3	グループホーム○○	□□ □□	S47. 7. 13	○○会	R5. 9. 15 ～ R5. 11. 18	114, 136
4					R . . ～ R . .	

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

※ 記入欄が不足する場合は、適宜枠を広げてください。

※ 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。

受講する研修機関名を記載してください

受講人数(名)	3
受講料合計(円)	330, 088
基準額(円)	300, 000

(受講予定者数 × 100, 000円)

在職証明書

受講者全員分必要となります。

鹿児島県知事 殿

フリガナ	〇〇〇〇 〇〇〇〇	男
氏名	〇〇 〇〇	
生年月日	平成2年 6月 1日	
職種	介護職	
所属する施設・事業所名 (施設・サービス種別)	特別養護老人ホーム〇〇園	
	(施設・サービス種別) 介護老人福祉施設	
所属する施設・事業所の所在地	〇〇市〇〇〇町〇〇番地	
在職期間	〇年 〇ヶ月	

上記の者は、証明日時点において当事業所に在職し、また継続して在職予定であることを証明します。

令和 5年 〇〇月 〇〇 日

法人の主たる
事務所の所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地

法人名 社会福祉法人〇〇会

代表者職・氏名 理事長 〇〇 〇〇

印

※押印が必要です。

振込口座登録申出書

交付申請書に記入した申請者情報と同じ記載をしてください。

鹿児島県知事 殿	令和 年 月 日
	〒 住所 法人名称 代表者職・氏名

金融機関名	銀行	金融機関コード	支店コード
		() 支店	
1 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		
口座名義人 (カタカナ で記入)			

- ※ 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	
FAX	
E-mail	