

(作成例：初任者研修を受講した1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 6 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6年度地域医療介護総合確保基金事業（介護員養成研修費用助成事業）
補助金交付申請書

令和6年度地域医療介護総合確保基金事業（介護員養成研修費用助成事業）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 40,000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
介護員養成研修費用助成事業	81,000	0	81,000	81,000	100,000	81,000	40,000	41,000

- (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。

初任者研修の基準額は要綱に基づき, 受講者数×100,000 を記入してください。

生活援助従事者研修の基準額は 受講者数×50,000 を記入してください。

補助金交付申請額には こちらの額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()

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
介護員養成研修費用助成事業（介護職員初任者研修）
- 2 事業者名（施設名等）
社会福祉法人〇〇会（特別養護老人ホーム 〇〇園）
- 3 実施予定期間
令和6年7月20日～令和6年10月20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，介護業務の質の向上を図る。

実施事業内容等

従事者1名に介護職員初任者研修課程を受講させ，介護・福祉についての専門的な知識，技術を習得させることにより，有能な人材の養成・確保を図るもの。

介護職員初任者研修 受講者 〇〇 〇〇

受講者全員分（記入例では1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（介護員養成研修費用助成事業）

（1）収入

（単位：円）

	予 算 額	前年度予算額	増 減 額	備 考
県補助金	40,000	0	40,000	
自己負担金	41,000	0	41,000	
その他	0	0	0	
計	81,000	0	81,000	

※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	81,000	0	81,000	
計	81,000	0	81,000	

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	81,000	受講料 81,000円×1名
		※支出額と同額	※内訳を記入してください
計		81,000	

※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

介護員養成研修 研修受講予定・実績一覧

事業者（法人）名：社会福祉法人 ○○会

○ 介護職員初任者研修

※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	○○ ○○	昭和○○年○月○日	○○会	R5. 7. 20 ～ R5. 10. 20	81,000
2					R . . . ～ R . . .	
3					R . . . ～ R . . .	
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)	1
受講料合計(円)	81,000
基準額(円)	100,000

(受講予定者数 × 100,000円)

介護員養成研修 研修受講予定・実績一覧

事業者（法人）名： _____

○ 生活援助従事者研修

※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					R . . . ~ R . . .	
2					R . . . ~ R . . .	
3					R . . . ~ R . . .	
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。

受講人数(名)	0
受講料合計(円)	0
基準額(円)	0

(受講予定者数 × 50,000円)

在職証明書

鹿児島県知事 殿

氏名	〇〇 〇〇	男・女
生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	
所属する施設・事業所名	特別養護老人ホーム〇〇園	
事業所の所在市町村	〇〇市〇〇町〇〇番地	
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 年 月 日

住所 〇〇市〇〇町〇〇番地

法人名 社会福祉法人〇〇会

印

代表者職・氏名 理事長 〇〇 〇〇

※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
	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 住所 鹿児島県〇〇〇市〇〇町〇〇番地 法人名称 社会福祉法人〇〇会 代表者職・氏名 理事長 〇〇 〇〇

金融機関名	〇〇銀行	金融機関コード	支店コード
	(〇〇) 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	〇〇
TEL	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇
FAX	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇
E-mail	〇〇@〇〇