令和４年度地域医療介護総合確保事業（介護分：介護

様式第１号

従事者の確保に関する事業）補助金交付申請書

番　　　　　号

年　　月　　日

宮城県知事　村　井　嘉　浩　殿

申請者　住　所

名　称

代表者

令和４年度において，下記のとおり事業を実施したいので，補助金等交付規則第３条の規定により，地域医療介護総合確保事業補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

補助金申請額　　　　　金　　　　　　　　　　　円

添付書類

１　申請事業総括表（別記様式第１号別紙（１））

２　事業計画書（別記様式第１号別紙（２））

３　所要額調書（別記様式第１号別紙（３））

４　歳入歳出予算書（見込書）の抄本

５　その他知事が必要と認める書類

（民間事業者にあっては以下の書類の添付も要する）

６　県税に未納がないことの証明書

７　暴力団排除に関する宣誓書

令和４年度地域医療介護総合確保事業（介護分：介護

様式第１号別紙（１）

従事者の確保に関する事業）補助金交付申請事業総括表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者名  （市町村長名，事業者の  場合は代表者職・氏名） |  | 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 担当課（係）名 |  | 担当者名 |  |

（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業名 | 対象経費の  支出予定額  Ａ | 基準額  Ｂ | 選定額  Ｃ | 補助所要額  （C×補助率）  Ｄ | 備考 | 補助率 |
| 認知症介護実務者  総合研修事業 |  |  |  |  |  | １／２ |
| 認知症地域医療  介護支援事業 |  |  |  |  |  | １／２ |
| 市民後見人養成・  支援事業 |  |  |  |  |  | １／２ |
| 介護職員初任者研修  受講支援事業 |  |  |  |  |  | １０／１０ |
| 障害福祉関係施設介護人材確保支援事業 |  |  |  |  |  | １０／１０ |
| 合計 |  |  |  |  |  |  |

（注１）Ｃ欄には，Ａ欄とＢ欄との金額を比較して少ない方の額を記入すること。

（注２）Ｄ欄にはＣ欄の金額に補助率を乗じて得た額から千円未満の端数を切り捨てた額を計上

すること。

（注３）介護職員初任者研修受講支援事業のＡ欄には，補助対象の受講者ごとに作成した様式第１号別紙（２）－４の「事業計画書」４の⑤の支出予定額（受講者が複数の場合は，合計した額）を記入すること。また，Ｂ欄には，受講する研修が通学の場合２６２，０００円，通信の場合２１１，０００円に補助対象となる受講者数を乗じたものを記入すること。

（注４）障害福祉関係施設介護人材確保支援事業のＡ欄には，補助対象の受講者ごとに作成した様式第１号別紙（２）－４の「事業計画書」４の⑤の支出予定額（受講者が複数の場合は，合計した額）を記入すること。また，Ｂ欄には，受講研修の区分及び通学又は通信の区分に応じた額に補助対象となる受講者数を乗じたものを記入すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 通学の場合 | 通信の場合 |
| 介護職員初任者研修 | 262,000円 | 211,000円 |
| 居宅介護職員初任者研修 | 232,000円 | 181,000円 |
| 同行援護従業者養成研修（一般課程） | 60,000円 |  |
| 同行援護従業者養成研修（応用課程） | 41,000円 |  |
| 強度行動障害支援者養成研修（基礎研修課程） | 39,000円 |  |
| 強度行動障害支援者養成研修（実践研修課程） | 39,000円 |  |
| 喀痰吸引等研修（３号研修） | 44,000円 |  |

事　　業　　計　　画　　書

様式第１号別紙（２）－４

（介護職員初任者研修受講支援事業・障害福祉関係施設介護人材確保支援事業）

１　受講者

|  |  |
| --- | --- |
| ①氏名 |  |
| ②生年月日 | 年　　　月　　日 |
| ③採用年月日 | 年　　　月　　日 |

２　受講者が従事する施設（事業所）

|  |  |
| --- | --- |
| ①施設（事業所）の名称 |  |
| ②事業種別 |  |
| ③所在地 | 〒 |
| ④担当者氏名及び連絡先 | 氏　名：  電　話：  ＦＡＸ：  E-mail： |

３　介護職員初任者研修等指定事業者

|  |  |
| --- | --- |
| ①研修指定事業者名 |  |
| ②研修名 |  |
| ③クラス名 |  |
| ④種別（通学・通信の別） |  |
| ⑤研修期間 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |

４　申請額

|  |  |
| --- | --- |
| ①法人の受講料負担予定額  （千円未満切捨て） | 円 |
| ②受講料上限額※ | 円 |
| ③受講料  （①と②を比較して低い額） | 円 |
| ④代替職員人件費※ | 円 |
| ⑤対象経費の支出予定額  （補助所要額）  （③と④の合計額） | 円 |

※②及び④は交付要綱別表の一人当たりの基準額を記載すること。

（添付書類）

・受講者の採用通知書及び労働条件通知書

・受講者の履歴書

・その他知事が必要と認める書類

注：受講者ごとに記載すること。　　　　　　　　　　　　　所　　要　　額　　調　　書

様式第１号別紙（３）

１　支出

（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事　業　名 | 総事業費  (A) | 寄付金  その他の  収入額  (B) | 差引額  (A－B)  (C) | 基準額  (D) | 選定額  (E) | 補助所要額  (Ｅ×補助率)  (F) | 備考 | 補助率 |
| 認知症介護実務者  総合研修事業 |  |  |  |  |  |  |  | １／２ |
| 認知症地域医療  支援事業 |  |  |  |  |  |  |  | １／２ |
| 市民後見人養成・支援事業 |  |  |  |  |  |  |  | １／２ |
| 介護職員初任者  研修受講支援事業 |  |  |  |  |  |  |  | １０／１０ |
| 障害福祉関係施設  介護人材確保支援事業 |  |  |  |  |  |  |  | １０／１０ |
| 合　　計 |  |  |  |  |  |  |  |  |

（注１）Ｄ欄には，様式第１号別紙（１）のＢ欄の額を記入すること。

（注２）Ｅ欄には，Ｃ欄とＤ欄との金額を比較して最も少ない方の額を記入すること。

（注３）Ｆ欄には，Ｅ欄の金額に補助率を乗じて得た額の千円未満を切り捨てて記入すること。

（注４）介護職員初任者研修受講支援事業及び障害福祉関係施設介護人材確保支援事業のＡ欄には，様式第１号別紙（１）のＡ欄の額を記入すること。

２　収入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　　分 | 収 入 見 込 額 | 備　　　考 |
| 地域医療介護総合確保事業（介護分：介護従事者の確保に関する事業）補助金 | 円 |  |
| 事業者負担額 | 円 |  |
| その他補助金 | 円 |  |
| 寄付金その他の収入 | 円 |  |
| 合　　　計 | 円 |  |