年度地域医療介護総合確保事業（介護分：

様式第５号

介護従事者の確保に関する事業）実績報告書

番　　　　　号

令和　年　　月　　日

宮城県知事　○　○　○　○　殿

申請者　市町村の長又は事業者

（事業者にあっては、住所、名称及び代表者氏名）

令和　年　　月　　日付け宮城県｛（長政）（障）｝指令第　　　号で　　　　年度地域医療介護総合確保事業補助金の交付決定の通知のありました地域医療介護総合確保事業について、下記のとおり実施しましたので、補助金等交付規則第１２条の規定により関係書類を添えて報告します。

記

１　事業実績総括表（別記様式第５号別紙（１））

２　事業実績報告書（別記様式第５号別紙（２））

３　所要額精算書（別記様式第５号別紙（３））

４　補助事業に係る収支決算書（見込）の抄本

５　その他参考となる書類

　　　　年度地域医療介護総合確保事業（介護分：介護

様式第５号別紙（１）

　　従事者の確保に関する事業）補助金事業実績総括表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 報告者名（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５号別紙（２）－４の「事業実績報告書」４の⑤の支出済額（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２５２，０００円、通信の場合２０１，０００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５号別紙（２）－４の「事業実績報告書」４の⑤の支出済額（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 | 252,000円 | 201,000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） | 40,000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） | 79,000円 |  |

事 業 実 績 報 告 書

様式第５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　実績額

|  |  |
| --- | --- |
| ①法人の受講料負担額（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代替職員相当額※ | 円 |
| ⑤対象経費の支出済額（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）

・受講者が勤務時間内に上記３②に記載した研修を受講したことが分かる書類

・法人の受講料負担額が分かる書類

・上記３②に記載した研修に関する修了証の写し

・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　　精　　算　　調　　書

様式第５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５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５号別紙（１）のＡ欄の額を記入すること。

２　収入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　　分 | 収入額 | 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 |  |

**介護職員初任者研修受講支援事業補助金**

**実績報告書関係書類チェック表**

※本チェック表により不足書類、申請内容に不備がないかを確認の上、

本チェック表も合わせてご提出願います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提　出　書　類 | 様　式　等 | チェック |
| 実績報告書 | 様式第５号 | □ |
| 事業総括表 | 様式第５号別紙(１)（備考欄に申請人数記載） | □ |
| 事業実績報告書 | 様式第５号別紙(２)４（受講人数分添付） | □ |
| 受講者が勤務時間内に研修を受講したことが分かる書類（公休日に受講していた場合は補助対象外） | 出勤簿，タイムカード等の写 | □ |
| 法人の受講料負担額が分かる書類 | 研修受講費用の領収証の写 | □ |
| 介護職員初任者研修の修了証明書（写） |  | □ |
| 業務実施誓約書（新規雇用者本人） | 別紙（１） | □ |
| 所要額精算調書 | 様式第５号別紙(３) | □ |
| 収支決算（見込）書抄本 | （任意様式）県ホームページに参考様式あり | □ |

**◆事業完了（初任者研修受講修了）後１か月以内にご提出願います。**

事業者名

確認者　　　　　　　　　　　印