

記載例

第8号様式

番 号
令和〇〇年〇〇月〇日

三重県知事 様

事業所・施設名ではなく
法人名、法人代表者名を
記載する。

所在地 三重県津市広明町
団体名 〇〇〇法人 〇〇〇〇〇
代表者 理事長 〇〇〇〇〇

令和〇〇年度三重県介護従事者確保事業費補助金事業実績報告について

令和〇〇年〇〇月〇〇日付け三重県指令医保第13-〇〇〇-△△号で交付決定のありましたこの補助金にかかる事業実績について、三重県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。

補助金の交付決定通知の知事名左に記載の日付と、
左上に記載の文書番号を記入する。

- 1 補助金所要額精算書（別紙6）
- 2 事業実績報告書（別紙2）
- 3 添付資料
 - (1) 歳入歳出決算書（見込書）
 - (2) その他参考となる資料
(介護職員キャリアアップ研修)
 - ・付表1-3、1-4
 - ・研修時期、受講料が分かるもの
 - ・受講料の支払が確認できるもの
 - (各種研修にかかる代替要員の確保)
 - ・付表2-3、2-4
 - ・研修日時が分かるもの（カリキュラム等）
 - ・代替要員の勤務状況が分かるもの（誰の代替要員として誰がいつ勤務したか分かるようにまとめた表など）
 - ・代替要員の出勤状況が分かるもの（勤務表等）

交付決定通知(例)

三重県指令医保第13-〇〇〇-△△号

←ココの文書番号

団体名 三重県津市広明町
〇〇〇法人 〇〇〇〇〇 様

令和〇〇年〇〇月〇〇日付けで交付申請のありました令和〇年度三重県介護従事者確保事業費補助金については、三重県補助金等交付規則第4条の規定により、次の条件を付けて、金×××××円の交付を決定します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

←ココの日付

三重県知事 一見 勝之

書類提出の担当者の
名前、連絡先を記載。

(問い合わせ先)
担当
電話
メール

記載例

(別紙6)

実際の事業に要した経費。
事業実施計画書の積算内訳書の合計と一致する。

補助金所

交付決定通知（変更交付決定通知）記載の交付決定額を記入。
（「〇〇円の交付を決定します。」の〇〇円を記入。
変更交付申請した場合は、「変更後交付決定額」を記入。）

概算払いを受けている場合は記入。
受けていない場合は0円となる。

(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)	対象経費 支出済額 (D)	基準額 (E)	選定額 (F)	県補助 基本額 (G)	県補助 所要額 (H)	県補助 交付 決定額 (I)	県補助 受入済額 (J)	県補助 過不足額 (H) - (J) (K)
キャリアアップ研修受講事業	277,000	0	277,000	277,000	320,000	275,000	275,000	137,000	146,000	0	137,000
各種研修に係る代替要員確保対策事業	87,500	0	87,500	87,500	—	87,500	87,500	43,000	52,000	0	43,000
	記入要領1	記入要領2		記入要領3		記入要領4	記入要領5	記入要領6 これより右欄は1000円未満を切り捨てる			
合計	364,500	0	364,500	364,500	—	362,500	362,500	180,000	198,000	0	180,000

(記入要領)

1. (A) 欄には当該事業を行うために要した経費の実支出額を記入すること。
2. (B) 欄には当該事業にかかる寄付金その他収入額を記入すること。
3. (D) 欄には (A) 欄の総事業費のうち、補助対象となる経費の実支出額を記入すること。
4. (F) 欄には (C) 欄と (D) 欄と (E) 欄を比較していずれか少ない方の額を記入すること。
5. (G) 欄には (F) 欄の額を記入すること。
6. (H) 欄には (G) 欄の額に補助率を乗じて得た額を記入すること。(ただし、1,000円未満の端数が生じた場合は切り捨てること。)

介護職員キャリアアップ研修支援事業（研修受講料補助）を実施する場合は、(A)から(K)まで別途作成する介護職員キャリアアップ研修支援事業（研修受講料補助）補助金所要額調書（付表1-3）の合計欄から転記する。

記載例

「事業案内」または交付申請時の「事業実施計画書」に記載の「大項目」、「中項目」、「小項目」、「事業名」を記入する。

介護職員キャリアアップ研修支援事業と各種研修に係る代替要員確保対策事業で異なるので注意。

実績報告書

団体名 〇〇法人 〇〇〇〇〇〇

1 事業実施計画（実績）

事業区分	大項目	資質の向上
	中項目	キャリアアップ研修の支援
	小項目	多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業
事業名		介護職員キャリアアップ研修支援事業（研修受講料の補助）
事業実績 （実施回数、参加者数等）		実務者研修1名、喀痰吸引等研修2名、認知症基礎研修2名
事業実施期間		令和〇〇年8月10日から令和〇〇年3月31日まで
事業実績		<p>（事業実績）</p> <p>1名が9月～2月の実務者研修を受講した。また、2名が8月～12月の喀痰吸引等研修を受講、2名が10月〇日開催の認知症基礎研修を受講した。</p> <p>（事業効果）</p> <p>実務者研修を受講した1名が今年度の介護福祉士国家試験を受験した。</p> <p>また、2名が喀痰吸引等研修を受講したことで利用者に喀痰吸引をすることができるようになったほか、認知症基礎研修の受講により認知症の利用者に適切な対応ができるようになり、サービスの質の向上を図ることができた。</p>
		<p>【実施実績】</p> <p>計画時に立てた目標に対する実績、事業効果を数値等により、わかりやすく具体的に記載すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・いつ、何の研修に何人が受講 ・何人が何の研修を受講するために、代替要員として何人が勤務

（注1）実施計画は、現状と課題、事業目標や効果を数値等により、わかりやすく具体的に記載すること。

（注2）実施実績は、計画時に立てた目標に対する実績、事業効果を数値等により、わかりやすく具体的に記載すること。

（注3）その他、参考となる資料があれば添付すること。

記載例

2 積算内訳書

(単位：円)

経費区分	支出済額	積算内訳
報酬金		
報酬費		
社会保険料		
旅費		
需用費		
消耗品費		
燃料費		
印刷製本費		
役員業務費		
通信運搬費		
手数料		
委託料		
使用料及び賃借料		
負担金		
その他	277,000	研修受講料 実務者研修 127,000円×1人 喀痰吸引等研修 72,000円×1人、65,000円×1人 認知症基礎研修 6,500円×2人
合計	277,000円	

「三重県介護従事者確保事業費補助金交付要領」別表の対象経費以外の経費は補助の対象にはならない。事業により対象経費が異なるので、注意する。

(注) 上記によりがたい場合は、適宜様式を変更すること。

記載例

第10号様式

※ 補助金の概算払いを受けた場合、事業完了後すみやかに提出する。事業年度の3月31日が期限。

概算払精算書

令和〇〇年〇〇月〇〇日に交付決定を受けた令和〇〇年度三重県介護従事者確保事業費補助金にかかる事業が完了しましたので、次のとおり精算いたします。

令和 年度		一般会計	
補助金の交付指令年月日		令和〇〇年〇〇月〇〇日	
事業等の開始年月日		令和〇〇年8月10日	
事業等の終了年月日		令和〇〇年3月31日	
概算払額	受領年月日	回数	金額
	令和〇〇年〇〇月〇〇日	1	97,000円
	・		円
	・		円
	・		円
	合計 (A)		97,000円
精算(実績)額 (B)			195,000円
差引額 (A) - (B)	不足分		98,000円
	返納額		円
備考			

補助金の概算払を受けた日付を記入。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

三重県知事様

債権者 _____

記載例

歳入歳出予算書（決算書）抄本

別紙6 補助金所要額調書の「県補助所要額」と一致。

1 収入

(単位：円)

区分	収入予算（決算）額	備考
県補助金	180,000	
自己負担金	184,500	
合計	364,500	

収入と支出の合計は合わせる。

2 支出

(単位：円)

区分	支出予算（決算）額	備考
実務者研修受講料	127,000	1人受講
喀痰吸引研修受講料	137,000	2人受講
認知症研修受講料	13,000	2人受講
代替要員賃金	80,000	代替要員3人分
代替要員交通費	3,900	代替要員3人分
代替要員社会保険料	3,600	代替要員3人分
合計	364,500	

令和 年 月 日

日付を忘れず記入する。

この抄本は原本の内容と相違ないことを証明します。

法人所在地、法人名、
法人代表者職名、代表者名
を記入。

所在地 三重県津市広明町

団体代表者名 ○○○法人 ○○○○○
理事長 ○○○○○

記載例

※ 介護職員キャリアアップ研修支援事業（研修受講料補助）を実施した場合に作成する

令和 年度介護職員キャリアアップ研修支援事業（研修受講料補助） 補助金所要額精算書

同じ研修でも受講料が異なる場合は行を分ける。

(団体名 ○○○)

		事業費 (A)	寄附金 その他の 収入額 (B)	差引事業費 (A - B) (C)	対象経費の 支出予定額 (D)	基準額 (E)	選定額 (F)	補助基本額 (G)	補助 率	補助所要額 (H)	交付決定額 (I)	補助受入済額 (J)	補助過不足額 (K)=(H-J)
		円	円	円	円	円	円	円		円	円	円	円
実務者研修						@150,000/1人							
1	人	127,000	0	127,000	127,000	150,000	127,000	127,000	1/2				
喀痰吸引等研 修						@70,000/1人							
1	人	72,000	0	72,000	72,000	70,000	70,000	70,000	1/2				
喀痰吸引等研 修						@70,000/1人							
1	人	65,000	0	65,000	65,000	70,000	65,000	65,000	1/2				
認知症研修						@15,000/1人							
2	人	13,000	0	13,000	13,000	30,000	13,000	13,000	1/2				
合計		277,000	0	277,000	277,000	320,000	275,000	275,000		137,000	146,000	0	137,000

担当者
連絡先

担当者
e-mail
電話

合計欄の額を（別紙6）
の補助金所要額精算書に
記入する。

水色のセルに値を入
力すると他のセルは
自動計算されます。

交付申請（変更交付申請）時の
（別紙1）補助金所要額調書の
キャリアアップ研修支援事業の
（H）県補助所要額の値を記入す

(注) 1 D欄にはA欄の経費のうち、補助対象となる経費の支出予定額を記入すること。
2 F欄にはC欄とD欄とE欄のいずれか低い方の額を記入すること。
3 G欄にはF欄の額を記入すること。
4 H欄にはG欄の金額に補助率を乗じた金額（ただし、1,000円未満端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。）を記入すること。

記載例

※ 各種研修にかかる代替要員の確保対策事業を実施した場合に作成する

付表2-3

令和〇年度 各種研修に係る代替要員確保対策事業補助金所要額精算書

付表2-4で計算した経費を記入

支援番号	支援職員名	研修名	研修期間	研修日数	延べ研修時間	代替職員雇用時間	(団体名)		補助所要額(円)
							雇用に係る経費(円)	補助率	
1	▲▲▲▲	介護福祉士実務者研修	令和〇〇年9月 ～令和〇〇年2月	7	50	0	0		
2	▲▲▲▲	喀痰吸引等研修	令和〇〇年8月 ～12月	10	60	40	33,500		
3	▲▲▲▲	喀痰吸引等研修	令和〇〇年8月 ～12月	10	60	50	54,000		
						合計	87,500	1/2	43,000

喀痰吸引等研修の研修時間は実地研修を含まない

実際に代替要員を雇用した時間数(研修時間が上限)、金額を記載

各代替要員の所要額の合計の1/2が補助所要額となる。

(注) 1 研修(講義)時間・内容が確認できる資料(研修開催案内等)を添付すること。
 2 行が足りない場合は適宜追加すること。
 3 補助所要額は雇用に係る経費の金額に1/2を乗じた額(ただし、1,000円未満端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。)を記入すること。

記載例

※ 各種研修にかかる代替要員の確保対策事業を実施した場合に作成する

付表 2 - 4

各種研修に係る代替要員確保対策事業 実績報告書

		団体名	
		事業所名	
		担当者	
		電 話	
		E-mail	
代替職員の雇用（勤務）実績			
代替職員の人数	付表 2 - 3 の支援番号毎に経費を記載。	3 人	
雇用に要する経費		87,500円	
(内訳)	②賃金：800円×40h = 32,000円 社会保障費：1,500円 計33,500円 ③賃金：1,000円×40h = 40,000円 800円×10h = 8,000円 交通費：300円×7日 = 2,100円 900円×2日 = 1,800円 社会保険料：1,100円 + 1,000円 = 2,100円 計54,000円		
1人の研修受講職員に対し、2人以上の代替職員を雇用した場合			
※時給1,000円以内、日額8,000円が上限 通勤手当は、1日当たり1,010円が上限			