

【様式1】

ひょうごケア・アシスタント推進事業 実施協議書

令和 年 月 日

兵庫県福祉部高齢政策課長 様

住 所 0
法 人 名 0
代 表 者 名 0
電 話 番 号 0
電 子 メ ー ル 0

ひょうごケア・アシスタント推進事業について、次のとおり実施を希望します。

施設・事業所名		0
所在地		〒 0
サービス種類		0
担当者	氏名	0
	電話番号	0
	FAX番号	0
	メール アドレス	0
受入希望人数		
説明会開催予定日		
受入予定期間		～
ケア・アシスタント 業務内容(予定)		
募集広報の実施方法		
備考		

※上記内容の一部を、全体広報のHP等に掲載する予定です。担当者は、ケア・アシスタント参加希望者からの電話等に対応できるようにしてください。

基本情報一覧表

		←この色のセル部分に記入して下さい		
入力項目		入力欄	記載例	備考・注意事項
① 法人情報	法人名		社会福祉法人兵庫	法人格と名称の間は空けずに詰めてください。
	法人本部の郵便番号		600-0000	数字の間は半角の「-」をつけてください。
	法人本部の住所		〇市〇1-1	兵庫県内の場合は〇〇市(郡)から記入してください。
	法人本部の代表電話番号		078-123-****	数字の間は半角の「-」をつけてください。
	法人代表者の役職名 + 氏名		理事長 〇〇 〇〇	役職名 + 氏名(姓と名は1字空ける) ※役職名と氏名の間は全角2字空けてください。
	法人本部の組織共有メール		〇〇@〇.jp	
② 施設・事業所の情報	施設・事業所名		〇〇デイサービス	正式名称を記入してください
	施設・事業所の郵便番号	〒	123-4567	
	施設・事業所の住所		〇市〇1-1	兵庫県内の場合は〇〇市(郡)から記入してください。
	サービス種類		介護老人福祉施設	
	担当課		総務課	
	担当者氏名		兵庫	
	担当者の電話番号		000-0000-000	
	連絡先のメールアドレス		〇〇@〇.jp	
	FAX番号		000-0000-000	

ひょうごケア・アシスタント推進事業 実施協議書

令和〇年4月20日

兵庫県福祉部高齢政策課長 様

住 所 〇〇市〇〇町1-1
法 人 名 社会福祉法人〇〇会
代 表 者 名 理事長 ●●
電 話 番 号 〇〇-〇〇-●●
電 子 メ ー ル hyogoken@co.jp

ひょうごケア・アシスタント推進事業について、次のとおり実施を希望します。

施設・事業所名		特別養護老人ホーム兵庫園
所在地		〒650-8567 神戸市中央区下山手通5丁目10-1
サービス種類		介護老人福祉施設
担当者	役職・氏名	副施設長 兵庫 次郎
	電話番号	078-362-0000
	FAX番号	078-362-0000
	メール アドレス	hyogoken@co.jp
受入希望人数		5人
説明会開催予定日		令和〇年6月1日
受入予定期間		令和7年9月1日 ～ 令和7年11月30日
ケア・アシスタント 業務内容(予定)		部屋及び共用スペースの清掃、洗濯
募集広報の実施方法		施設HPでの周知、施設周辺の住宅へポスティング
備考		

※上記内容の一部を、全体広報のHP等に掲載する予定です。担当者は、ケア・アシスタント参加希望者からの電話等に対応できるようにしてください。

【様式2】

(公印省略)
高 第 号
令和 年 月 日

(法人代表者) 様
(事業所名：〇〇)

兵庫県福祉部高齢政策課長

令和7年度ひょうごケア・アシスタント推進事業の実施決定について（通知）

先に貴施設・事業所から提出のありましたひょうごケア・アシスタント推進事業実施協議書について、下記のとおり内容を確認しましたのでお知らせします。

つきましては、「ひょうごケア・アシスタント推進事業実施要領」に基づき、適正な事業の実施をお願いします。

記

- 1 施設・事業所名： _____
- 2 所在地： _____
- 3 サービス種類： _____
- 4 受入希望人数： _____ 〇名 _____
- 5 説明会開催日： _____ 令和〇年〇月〇日 _____
- 6 受入予定期間： _____ 令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日 _____

問い合わせ先 兵庫県福祉部高齢政策課 介護人材対策班 TEL 078-341-7711（内線 79260） E-mail Sayaka_Tanaka@pref.hyogo.lg.jp

令和7年度ひょうごケア・アシスタント推進事業 交付申請

基本情報一覧表

※一番表に添付して下さい

この色のセル部分に入力してください。

入力項目		入力欄	備考・注意事項
① 法人情報	法人名		省略せずに記載してください
	法人本部の郵便番号		数字の間は半角の「-」を記載してください
	法人本部の住所		
	法人代表者の役職名		職名を記載
	法人代表者氏名		姓と名の間にスペースを入れてください
	法人本部の代表電話番号		数字の間は半角の「-」を記載してください
	法人本部の組織共有メール		
② 振込口座情報	金融機関名		口座名義は原則として下記のパターン のものを指定してください。 ①法人名のみ ②法人名 + 代表者職名 + 代表者氏名 上記以外(事業所の名称が含まれる場合等)は実績報告時、委任状が必要です。
	金融機関コード		
	支店名		
	支店番号		
	口座番号		
	口座名義		
	口座名義フリガナ		
③ 担当者情報	電話番号		事業に関する連絡先 申請書の内容の確認連絡に使用しますので、申請書記載内容について回答できる方の情報を記載してください。
	メールアドレス		
	郵便番号		
	住所		
	宛先(法人名、施設・事業所名等)		
	担当者名		
所④ 情報業	施設・事業所名		申請する研修者が在籍する施設・事業所の名前、住所を記載してください。
	事業所住所		

補助金交付申請書

令和7年4月1日

兵庫県知事 様

住 所	0	
団体名	0	
代表者名	0	0
電話番号	0	
電子メール	0	
(事業所名)	0	

令和 7 年度において、ひょうごケア・アシスタント推進事業を下記のとおり実施したので、補助金 0 円を交付願いたく補助金交付要綱第 3 条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

- 1 事業の内容及び経費区分（別記）
- 2 事業の着手予定年月日 令和7年4月1日
事業の完了予定年月日 令和8年3月31日
- 3 添付書類

別記

収支予算書

1 収入の部

科目	予算額	摘要
補助金収入	0円	
自己負担	0円	
計	0円	

2 支出の部

科目	予算額	摘要
(1) ひょうごケア・アシスタント推進事業の広報・PRに要する経費		
(2) ケア・アシスタント受入施設における受入準備経費及び研修経費	0円	
(3) 研修期間中のケア・アシスタントの活動経費	0円	
計	0円	

(注) 収支の計は、それぞれ一致する。

ひょうごケア・アシスタント推進事業所要額調書

交付申請

(施設・事業所名) 0

区分 事業区分	総事業費 A 円	寄付金 その他 の収入額 B 円	差引額 C(=A-B)円	対象経費の 実支出 予定額 D(≦A)円	補助基準額 E 円	補助 基本額 F 円	補助 所要額 G 円
(1)ひょうごケア・アシスタント推進事業の広報・PRに要する経費							
(2)ケア・アシスタント受入施設における受入準備経費及び研修経費	0		0	0	4,000	0	0
(3)研修期間中のケア・アシスタントの活動経費	0	0	0	0	0	0	0
合 計	0	0	0	0	4,000	0	0

(注1) E欄については、補助要綱別表で定められた基準単価の額を記入すること。
(注2) F欄は、C、D、E欄の合計の額うち最も少ない額を記入すること。
(注3) G欄は、F欄の額を記入すること(1,000円未満切り捨て)。

ひょうごケア・アシスタント推進事業実施計画書

0

1 事業予定内容

(1) ひょうごケア・アシスタント推進事業の広報・PR

実施期間	
実施方法・回数等	

(2) ひょうごケア・アシスタント推進事業の実施

実施予定施設数	1
ケア・アシスタント参加予定者数	

2 対象経費の支出予定額算出内訳

区分	支出予定額	摘 要
人件費	0 円	(別紙)研修日程表のとおり
報償費	円	
旅費	0 円	(別紙)研修日程表のとおり
需用費	円	
役務費	円	
委託料	円	
使用料及び賃借料	円	
補助金	円	
合 計	0 円	

h

(整理シート①)ケア・アシスタント研修日程表

施設・事業所名 0

1、研修日程

※ケア・アシスタントの研修日程について、予定時間を記入ください。

例:「30時間→30」、「40時間30分→40.5」、「30時間45分→30.75」

研修を行う月を選んでください

	ケア・アシスタント氏名	身体介護	サービス種類	時給	研修時間(小計)	研修時間(累計)	賃金(小計)
1						0.00	0
2						0.00	0
3						0.00	0
4						0.00	0
5						0.00	0
月研修時間合計					0	0	0

研修を行う月を選んでください

	ケア・アシスタント氏名	身体介護	サービス種類	時給	研修時間(小計)	研修時間(累計)	賃金(小計)
1	0					0.00	0
2	0					0.00	0
3	0					0.00	0
4	0					0.00	0
5	0					0.00	0
月研修時間合計					0	0	0

研修を行う月を選んでください

	ケア・アシスタント氏名	身体介護	サービス種類	時給	研修時間(小計)	研修時間(累計)	賃金(小計)
1	0					0.00	0
2	0					0.00	0
3	0					0.00	0
4	0					0.00	0
5	0					0.00	0
月研修時間合計					0	0	0

研修を行う月を選んでください

	ケア・アシスタント氏名	身体介護	サービス種類	時給	研修時間(小計)	研修時間(累計)	賃金(小計)	賃金(累計)
1	0					0.00	0	0
2	0					0.00	0	0
3	0					0.00	0	0
4	0					0.00	0	0
5	0					0.00	0	0
月研修時間合計					0	0	0	0

入力手順

(1)「研修を行う月を選んでください」をクリックし、研修を行う月を選ぶ。

(2)一番上の研修月の「ケア・アシスタント氏名」を記入。以下の研修月に氏名が自動入力されます。

(3)各研修月ごと、各ケア・アシスタントごとに「身体介護」「サービス種類」をクリックし、身体介護を行うかの有無およびサービス種類を選ぶ。(身体介護を行う場合、補助単価が上がります)

(4)各研修月ごと、各ケア・アシスタントごとに、時給を記入。

(5)各研修月ごと、各ケア・アシスタント毎に、研修時間(小計)欄に総研修時間を記入。

(6)3、補助額(通勤交通費)に通勤交通費の支給合計額を記載。
※6人以上雇用した場合、6人以降はシートをコピーし、

2、補助額(賃金)

	氏名	総研修時間	補助対象時間	総支給額	寄付金その他の収入額	差引額	対象経費の実支出予定額	補助基準額	補助基本額	補助率	補助額
1	0	0.00	0.00	0		0	0	0	0	1/2	0
2	0	0.00	0.00	0		0	0	0	0	1/2	0
3	0	0.00	0.00	0		0	0	0	0	1/2	0
4	0	0.00	0.00	0		0	0	0	0	1/2	0
5	0	0.00	0.00	0		0	0	0	0	1/2	0
合計		0.00	0.00	0	0	0	0	0	0	-	0

3、補助額(通勤交通費)

	氏名	通勤交通費	寄付金その他の収入額	差引額	対象経費の実支出予定額	補助基準額	補助基本額	補助率	補助額
1	0			0	0		0	1/2	0
2	0			0	0		0	1/2	0
3	0			0	0		0	1/2	0
4	0			0	0		0	1/2	0
5	0			0	0		0	1/2	0
合計		0	0	0	0	0	0	-	0

(整理シート②)ケア・アシスタント研修日程表

施設・事業所名 0

1、研修日程

※ケア・アシスタントの研修日程について、予定時間を記入ください。

例:「30時間→30」、「40時間30分→40.5」、「30時間45分→30.75」

研修を行う月を選んでください

	ケア・アシスタント氏名	身体介護	サービス種類	時給	研修時間(小計)	研修時間(累計)	賃金(小計)
1						0.00	0
2						0.00	0
3						0.00	0
4						0.00	0
5						0.00	0
月研修時間合計					0	0	0

研修を行う月を選んでください

	ケア・アシスタント氏名	身体介護	サービス種類	時給	研修時間(小計)	研修時間(累計)	賃金(小計)
1	0					0.00	0
2	0					0.00	0
3	0					0.00	0
4	0					0.00	0
5	0					0.00	0
月研修時間合計					0	0	0

研修を行う月を選んでください

	ケア・アシスタント氏名	身体介護	サービス種類	時給	研修時間(小計)	研修時間(累計)	賃金(小計)
1	0					0.00	0
2	0					0.00	0
3	0					0.00	0
4	0					0.00	0
5	0					0.00	0
月研修時間合計					0	0	0

研修を行う月を選んでください

	ケア・アシスタント氏名	身体介護	サービス種類	時給	研修時間(小計)	研修時間(累計)	賃金(小計)	賃金(累計)
1	0					0.00	0	0
2	0					0.00	0	0
3	0					0.00	0	0
4	0					0.00	0	0
5	0					0.00	0	0
月研修時間合計					0	0	0	0

入力手順

(1)「研修を行う月を選んでください」をクリックし、研修を行う月を選ぶ。

(2)一番上の研修月の「ケア・アシスタント氏名」を記入。以下の研修月に氏名が自動入力されます。

(3)各研修月ごと、各ケア・アシスタントごとに「身体介護」「サービス種類」をクリックし、身体介護を行うかの有無およびサービス種類を選ぶ。(身体介護を行う場合、補助単価が上がります)

(4)各研修月ごと、各ケア・アシスタントごとに、時給を記入。

(5)各研修月ごと、各ケア・アシスタント毎に、研修時間(小計)欄に総研修時間を記入。

(6)3、補助額(通勤交通費)に通勤交通費の支給合計額を記載。
※6人以上雇用した場合、6人以降はシートをコピーし、

2、補助額(賃金)

	氏名	総研修時間	補助対象時間	総支給額	寄付金その他の収入額	差引額	対象経費の実支出予定額	補助基準額	補助基本額	補助率	補助額
1	0	0.00	0.00	0		0	0	0	0	1/2	0
2	0	0.00	0.00	0		0	0	0	0	1/2	0
3	0	0.00	0.00	0		0	0	0	0	1/2	0
4	0	0.00	0.00	0		0	0	0	0	1/2	0
5	0	0.00	0.00	0		0	0	0	0	1/2	0
合計		0.00	0.00	0	0	0	0	0	0	-	0

3、補助額(通勤交通費)

	氏名	通勤交通費	寄付金その他の収入額	差引額	対象経費の実支出予定額	補助基準額	補助基本額	補助率	補助額
1	0			0	0		0	1/2	0
2	0			0	0		0	1/2	0
3	0			0	0		0	1/2	0
4	0			0	0		0	1/2	0
5	0			0	0		0	1/2	0
合計		0	0	0	0	0	0	-	0

誓 約 書

補助金交付申請にあたり、下記のとおり誓約します。
なお、誓約事項に関し、県が行う一切の措置に異議なく同意します。

記

(国及び地方公共団体を除く交付申請書を対象とする誓約事項)

- 1 暴力団排除条例（平成22年兵庫県条例第35号。以下「条例」という。）を遵守し、暴力団排除に協力することについて
- (1) 条例第2条第1号に規定する暴力団又は同条第3号に規定する暴力団員に該当しないこと。
 - (2) 暴力団排除条例施行規則（平成23年兵庫県公安委員会規則第2号）第2条各号に掲げる者に該当しないこと。
 - (3) 間接補助事業を行う場合にあっては、上記(1)又は(2)に該当する者に対して間接補助金を交付しないこと。また、業務の一部を第三者に行わせようとする場合にあっては、上記(1)又は(2)に該当する者をその受託者とししないこと。
 - (4) 知事が、上記(1)又は(2)を確認するため、必要な事項を兵庫県警察本部長に照会すること、及び当該照会に係る回答の内容を他の補助事業における暴力団等を排除するための措置を講ずるために利用し、又は兵庫県公営企業管理者及び兵庫県病院事業管理者に提供することについて、異議を述べないこと。

(すべての交付申請者を対象とする誓約事項)

- 2 補助金申請時の留意事項について
- (1)兵庫県福祉部補助金交付要綱第15条に基づき県が行う一切の措置について、異義を述べないこと。
- 第15条 知事は、補助事業者又は間接補助事業者が、次の各号のいずれかに該当すると認めたときは、当該交付決定の全部又は一部を取り消すことができる。
- (1)法令並びにこの要綱及び当該補助事業に係る要綱、要領その他の規程の規定に違反したとき。
 - (2)補助金又は間接補助金を補助事業又は間接補助事業以外の用途に使用したとき。
 - (3)交付決定の内容及びこれに付した条件に違反したとき。
 - (4)偽りその他不正な手段により補助金又は間接補助金の交付を受けたとき。
 - (5)暴力団等であるとき。
- 2 知事は、前項の取消しを決定した場合には、その旨を補助金交付決定取消通知書（様式第11号）により当該補助事業者に通知するものとする。
- 3 知事は、第1項の取消しを決定した場合には、その旨及びその取消事由、その取消しに係る補助事業者又は間接補助事業者の名称その他知事が必要と認める事項を公表することができる。
- 4 前項の規定による公表は、その取消事由が悪質かつ重大である場合その他の知事が必要と認める場合に行うものとする。
- (2) 地方自治法第221条第2項に基づき県が行う一切の措置について、異義を述べないこと。
- 第221条 2 普通地方公共団体の長は、予算の執行の適正を期するため、工事の請負契約者、物品の納入者、補助金、交付金、貸付金等の交付若しくは貸付けを受けた者（補助金、交付金、貸付金等の終局の受領者を含む。）又は調査、試験、研究等の委託を受けた者に対して、その状況を調査し、又は報告を徴することができる。

令和7年4月1日

兵 庫 県 知 事 様

住所	0	
団体名	0	
代表者名	0	0
電話番号	0	
電子メール	0	

この登録書は、兵庫県の機関の1箇所に提出してください。

債権者登録書

改正日：令和3年1月1日

<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 新規	※1 変更の場合は該当箇所にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 住所の変更 <input type="checkbox"/> 氏名・法人名の変更 <input type="checkbox"/> 電話番号（代表）の変更 <input type="checkbox"/> 振込先の変更 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※2 変更の場合でも、変更しない項目を含めて以降の欄は全て記載してください。			
(フリガナ) 住所（所在地）	0			
(フリガナ) 屋号・氏名又は法人名	0			
郵便番号	0	電話番号（代表）	0	
経理担当者氏名	(連絡先電話番号：)			
記入者氏名	0 (連絡先電話番号：) 0 (電子メール：) 0			
支払方法 [該当を○で囲む]	② 口座振替払(口座振込) 3 隔地払(送金通知書) 4 隔地払(振替払出証書)			
(フリガナ) 金融機関名 (払渡店)	0 0		支払方法が「2又は3」の場合記入	
預金種別 [該当を○で囲む]	① 普通・総合 2 当座 4 貯蓄 9 その他		支払方法が「2」の場合記入	
金融機関・支店番号	0 . 0	口座番号		0
(フリガナ) 口座名義人	0			
公共工事等の前金払いを受ける場合は下記に専用口座を記入				
(フリガナ) 別口普通預金口座	銀行 (金庫) 支店		前払金専用口座登録時の注意 (兵庫県機関向け)・・・債権者コードの末尾(11桁目)に「A(大文字、半角)」を、(複数口座があるときはB,C～とする)。氏名(漢字)の前に「(前金)」を入力	
金融機関・支店番号		口座番号 (普通)		
(フリガナ) 口座名義人				
上記のとおり兵庫県財務会計システムに登録してください。				
令和7年4月1日				
兵庫県あて				
	住所（所在地）	0		
	氏名又は法人名等	0		
	代表者の職氏名	0	0	
<div>※1 登録する債権者の本人確認書類の写しを添付してください。詳細は下記注意事項6を参照。 ※2 本人確認書類の写しとは、概ね以下のとおりです(いずれか一つ)。 【登録者が法人等の場合】・登記事項証明書 ・印鑑登録証明書 等 【登録者が個人の場合】・マイナンバーカード ・運転免許証 ・パスポート ・各種健康保険証 等</div>				

(注意事項)

- 1 この債権者登録書に記入された情報は、兵庫県財務会計システムに登録して利用されます。皆様に、より迅速かつ正確に支払が行えるよう、県（各部局、かい）に対する債権者（予定者）として必要事項をあらかじめ登録していただくものです。
- 2 登録は、御本人から抹消の申出がある場合のほか、利用実態が4年間ない場合には、年度末に自動的に削除されます。
- 3 原則的に電話番号（代表）が債権者コードとして登録されますので、県に見積書、請求書等を提出される場合は、電話番号（代表）を記入していただくようお願いします。
- 4 登録内容に変更が生じた場合は、必ず登録書（変更）を提出してください。ただし、法人の代表者名のみが変更になった場合は提出不要です。また、経理担当者又は記入者の氏名又は連絡先のみが変更になった場合も、提出不要です。
金融機関の合併、支店の統廃合等により、口座に関して変更が生じたときも、口座振替(振込)不能となりますので注意してください。
- 5 支払方法が「3 隔地払（送金通知書）」の場合は、三井住友銀行の全国の本支店、但馬銀行の県内本支店又はみなと銀行の県内本支店において受取（払渡）となりますので、金融機関名として、うちいずれか1行を記入（支店名は不要）してください。
- 6 この債権者登録書の提出とともに、登録する債権者の本人確認書類の写しを添付してください。本人確認書類の写しとは、概ね以下のとおりです（いずれか一つ）。

【登録者が法人等の場合】・登記事項証明書 ・印鑑登録証明書 等

【登録者が個人の場合】・マイナンバーカード ・運転免許証 ・パスポート ・各種健康保険証 等の公的書類
(住所、氏名、生年月日の記載があるもの)

本人確認書類の写しを添付しない場合は、「代表者の職氏名」の後ろに押印してください。法人等を債権者登録する場合は代表者印を、個人を債権者登録する場合は個人印を押印してください。なお、その印鑑は、金融機関届出印である必要はありません。

委任状

令和7年度ひょうごケア・アシスタント推進事業補助金の受領に関する一切の権限を
下記の者に委任したことを届けます。

記

受任者 〇

令和7年4月1日

兵庫県知事 様

住 所 〇

団 体 名 〇

代表者氏名 〇 〇 印

令和7年度ひょうごケア・アシスタント推進事業 交付申請

基本情報一覧表

※一番表に添付して下さい

記載例

この色のセル部分に入力してください。

入力項目		入力欄	備考・注意事項
① 法人情報	法人名	社会福祉法人 兵庫会	省略せずに記載してください
	法人本部の郵便番号	000-000	数字の間は半角の「-」を記載してください
	法人本部の住所	兵庫県〇市〇1-1	
	法人代表者の役職名	理事長	職名を記載
	法人代表者氏名	兵庫 太郎	姓と名の間にスペースを入れてください
	法人本部の代表電話番号	000-0000-0000	数字の間は半角の「-」を記載してください
	法人本部の組織共有メール	Info@000.ne.jp	
② 振込口座情報	金融機関名	三井住友銀行	口座名義は原則として下記のパターン のものを指定してください。 ①法人名のみ ②法人名 + 代表者職名 + 代表者氏名 上記以外(事業所の名称が含まれる場合等)は実績報告時、委任状が必要です。
	金融機関コード	0009	
	支店名	〇〇支店	
	支店番号	123	
	口座番号	1234567	
	口座名義	社会福祉法人兵庫会	
	口座名義フリガナ	シャカイフクシホウジンヒョウカイ	
③ 担当者情報	電話番号	000-0000-000	事業に関する連絡先 申請書の内容の確認連絡に使用しますので、申請書記載内容について回答できる方の情報を記載してください。
	メールアドレス	〇〇@〇.jp	
	郵便番号	123-4567	
	住所	兵庫県〇市〇1-1	
	宛先(法人名、施設・事業所名等)	社会福祉法人兵庫会 法人本部	
	担当者名	兵庫 次郎	
所④ 情報業	施設・事業所名	特別養護老人ホーム〇〇	申請する研修者が在籍する施設・事業所の名前、住所を記載してください。
	事業所住所	兵庫県〇市〇1-1	

補助金交付申請書

令和7年4月1日

兵庫県知事 様

住 所 兵庫県〇市〇1-1
団体名 社会福祉法人 兵庫会
代表者名 理事長 兵庫 太郎
電話番号 000-0000-0000
電子メール info@000.ne.jp
(事業所名) 特別養護老人ホーム〇〇

令和7年度において、ひょうごケア・アシスタント推進事業を下記のとおり実施したので、補助金 628,000 円を交付願いたく補助金交付要綱第3条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

- 1 事業の内容及び経費区分（別記）
- 2 事業の着手予定年月日 令和7年4月1日
事業の完了予定年月日 令和8年3月31日
- 3 添付書類

収支予算書

1 収入の部

科目	予算額	摘要
補助金収入	628,000円	
自己負担	765,584円	
計	1,393,584円	

2 支出の部

科目	予算額	摘要
(1) ひょうごケア・アシスタント推進事業の広報・PRに要する経費		
(2) ケア・アシスタント受入施設における受入準備経費及び研修経費	22,500円	
(3) 研修期間中のケア・アシスタントの活動経費	1,371,084円	
計	1,393,584円	

(注) 収支の計は、それぞれ一致する。

ひょうごケア・アシスタント推進事業所要額調書

記載例

交付申請

(施設・事業所名) 特別養護老人ホーム〇〇

区分 事業区分	総事業費 A 円	寄付金 その他 の収入額 B 円	差引額 C(=A-B)円	対象経費の 実支出 予定額 D(≦A)円	補助基準額 E 円	補助 基本額 F 円	補助 所要額 G 円
(1)ひょうごケア・アシスタント推進事業の広報・PRに要する経費							
(2)ケア・アシスタント受入施設における受入準備経費及び研修経費	22,500	0	22,500	22,500	24,000	22,000	22,000
(3)研修期間中のケア・アシスタントの活動経費	1,371,084	0	1,371,084	1,371,084	1,242,490	1,220,362	606,000
合 計	1,393,584	0	1,393,584	1,393,584	1,266,490	1,242,362	628,000

(注1) E欄については、補助要綱別表で定められた基準単価の額を記入すること。
(注2) F欄は、C、D、E欄の合計の額うち最も少ない額を記入すること。
(注3) G欄は、F欄の額を記入すること(1,000円未満切り捨て)。

特別養護老人ホーム〇〇

1 事業予定内容

(1) ひょうごケア・アシスタント推進事業の広報・PR

実施期間	
実施方法・回数等	

(2) ひょうごケア・アシスタント推進事業の実施

実施予定施設数	1
ケア・アシスタント参加予定者数	10人

2 対象経費の支出予定額算出内訳

区分	支出予定額	摘 要
人件費	1,285,084 円	(別紙)研修日程表のとおり
報償費	円	
旅費	86,000 円	(別紙)研修日程表のとおり
需用費	8,500 円	コピー用紙、インク代
役務費	4,000 円	チラシ印刷代
委託料	円	
使用料及び賃借料	10,000 円	ケア・アシスタント研修会場代
補助金	円	
合 計	1,393,584 円	

(整理シート①)ケア・アシスタント研修日程表

施設・事業所名 特別養護老人ホーム〇〇

記載例

1、研修日程

※ケア・アシスタントの研修日程について、予定時間を記入ください。

例:「30時間→30」、「40時間30分→40.5」、「30時間45分→30.75」

(令和7年8月)

	ケア・アシスタント氏名	身体介護	サービス種類	時給	研修時間(小計)	研修時間(累計)	賃金(小計)
1	A	無	介護老人福祉施設	1,052	30.00	30.00	31,560
2	B	無	介護老人福祉施設	1,052	35.00	35.00	36,820
3	C	無	介護老人福祉施設	1,052	20.00	20.00	21,040
4	D	有	介護老人福祉施設	1,150	25.00	25.00	28,750
5	E	有	介護老人福祉施設	1,150	40.00	40.00	46,000
月研修時間合計					150	150	164,170

(令和7年9月～10月3日まで)

	ケア・アシスタント氏名	身体介護	サービス種類	時給	研修時間(小計)	研修時間(累計)	賃金(小計)
1	A	無	介護老人福祉施設	1,052	39.00	69.00	41,028
2	B	無	介護老人福祉施設	1,052	45.50	80.50	47,866
3	C	無	介護老人福祉施設	1,052	26.50	46.50	27,878
4	D	有	介護老人福祉施設	1,150	32.50	57.50	37,375
5	E	有	介護老人福祉施設	1,150	52.00	92.00	59,800
月研修時間合計					196	346	213,947

(令和7年10月4日～)

	ケア・アシスタント氏名	身体介護	サービス種類	時給	研修時間(小計)	研修時間(累計)	賃金(小計)
1	A	無	介護老人福祉施設	1,100	39.00	108.00	42,900
2	B	無	介護老人福祉施設	1,100	45.75	126.25	50,325
3	C	無	介護老人福祉施設	1,100	26.00	72.50	28,600
4	D	有	介護老人福祉施設	1,150	32.50	90.00	37,375
5	E	有	介護老人福祉施設	1,150	52.00	144.00	59,800
月研修時間合計					195	541	219,000

(令和7年12月)

	ケア・アシスタント氏名	身体介護	サービス種類	時給	研修時間(小計)	研修時間(累計)	賃金(小計)	賃金(累計)
1	A	無	介護老人福祉施設	1,100	3.00	111.00	3,300	118,788
2	B	無	介護老人福祉施設	1,100	3.50	129.75	3,850	138,861
3	C	無	介護老人福祉施設	1,100	28.00	100.50	30,800	108,318
4	D	有	介護老人福祉施設	1,150	2.50	92.50	2,875	106,375
5	E	有	介護老人福祉施設	1,150	4.00	148.00	4,600	170,200
月研修時間合計					41	582	45,425	642,542

2、補助額(賃金)

	氏名	総研修時間	補助対象時間	総支給額	寄付金その他の収入額	差引額	対象経費の実支出予定額	補助基準額	補助基本額	補助率	補助額
1	A	111.00	108.00	118,788	0	118,788	118,788	116,112	116,112	1／2	58,000
2	B	129.75	108.00	138,861	0	138,861	138,861	115,376	115,376	1／2	57,000
3	C	100.50	100.50	108,318	0	108,318	108,318	109,182	108,318	1／2	54,000
4	D	92.50	92.50	106,375	0	106,375	106,375	106,375	106,375	1／2	53,000
5	E	148.00	108.00	170,200	0	170,200	170,200	124,200	124,200	1／2	62,000
合計		581.75	517.00	642,542	0	642,542	642,542	571,245	570,381	-	284,000

3、補助額(通勤交通費)

	氏名	通勤交通費	寄付金その他の収入額	差引額	対象経費の実支出予定額	補助基準額	補助基本額	補助率	補助額
1	A	12,000	0	12,000	12,000	10,000	10,000	1／2	5,000
2	B	9,800	0	9,800	9,800	10,000	9,800	1／2	4,000
3	C	10,000	0	10,000	10,000	10,000	10,000	1／2	5,000
4	D	0	0	0	0	10,000	0	1／2	0
5	E	11,200	0	11,200	11,200	10,000	10,000	1／2	5,000
合計		43,000	0	43,000	43,000	50,000	39,800	-	19,000

入力手順

(1)「研修を行う月を選んでください」をクリックし、研修を行う月を選ぶ。

(2)一番上の研修月の「ケア・アシスタント氏名」を記入。以下の研修月に氏名が自動入力されます。

(3)各研修月ごと、各ケア・アシスタントごとに「身体介護」「サービス種類」をクリックし、身体介護を行うかの有無およびサービス種類を選ぶ。(身体介護を行う場合、補助単価が上がります)

(4)各研修月ごと、各ケア・アシスタントごとに、時給を記入。

(5)各研修月ごと、各ケア・アシスタント毎に、研修時間(小計)欄に総研修時間を記入。

(6)3、補助額(通勤交通費)に通勤交通費の支給合計額を記載。
※6人以上雇用した場合、6人以降はシートをコピーし、

(整理シート②)ケア・アシスタント研修日程表

施設・事業所名 特別養護老人ホーム〇〇

記載例

1、研修日程

※ケア・アシスタントの研修日程について、予定時間を記入ください。

例:「30時間→30」、「40時間30分→40.5」、「30時間45分→30.75」

(令和7年8月)

	ケア・アシスタント氏名	身体介護	サービス種類	時給	研修時間(小計)	研修時間(累計)	賃金(小計)
1	F	無	介護老人福祉施設	1,052	30.00	30.00	31,560
2	G	無	介護老人福祉施設	1,052	35.00	35.00	36,820
3	H	無	介護老人福祉施設	1,052	20.00	20.00	21,040
4	I	有	介護老人福祉施設	1,150	25.00	25.00	28,750
5	J	有	介護老人福祉施設	1,150	40.00	40.00	46,000
月研修時間合計					150	150	164,170

(令和7年9月～10月3日まで)

	ケア・アシスタント氏名	身体介護	サービス種類	時給	研修時間(小計)	研修時間(累計)	賃金(小計)
1	F	無	介護老人福祉施設	1,052	39.00	69.00	41,028
2	G	無	介護老人福祉施設	1,052	45.50	80.50	47,866
3	H	無	介護老人福祉施設	1,052	26.50	46.50	27,878
4	I	有	介護老人福祉施設	1,150	32.50	57.50	37,375
5	J	有	介護老人福祉施設	1,150	52.00	92.00	59,800
月研修時間合計					196	346	213,947

(令和7年10月4日～)

	ケア・アシスタント氏名	身体介護	サービス種類	時給	研修時間(小計)	研修時間(累計)	賃金(小計)
1	F	無	介護老人福祉施設	1,100	39.00	108.00	42,900
2	G	無	介護老人福祉施設	1,100	45.75	126.25	50,325
3	H	無	介護老人福祉施設	1,100	26.00	72.50	28,600
4	I	有	介護老人福祉施設	1,150	32.50	90.00	37,375
5	J	有	介護老人福祉施設	1,150	52.00	144.00	59,800
月研修時間合計					195	541	219,000

(令和7年12月)

	ケア・アシスタント氏名	身体介護	サービス種類	時給	研修時間(小計)	研修時間(累計)	賃金(小計)	賃金(累計)
1	F	無	介護老人福祉施設	1,100	3.00	111.00	3,300	118,788
2	G	無	介護老人福祉施設	1,100	3.50	129.75	3,850	138,861
3	H	無	介護老人福祉施設	1,100	28.00	100.50	30,800	108,318
4	I	有	介護老人福祉施設	1,150	2.50	92.50	2,875	106,375
5	J	有	介護老人福祉施設	1,150	4.00	148.00	4,600	170,200
月研修時間合計					41	582	45,425	642,542

2、補助額(賃金)

	氏名	総研修時間	補助対象時間	総支給額	寄付金その他の収入額	差引額	対象経費の実支出予定額	補助基準額	補助基本額	補助率	補助額
1	F	111.00	108.00	118,788	0	118,788	118,788	116,112	116,112	1/2	58,000
2	G	129.75	108.00	138,861	0	138,861	138,861	115,376	115,376	1/2	57,000
3	H	100.50	100.50	108,318	0	108,318	108,318	109,182	108,318	1/2	54,000
4	I	92.50	92.50	106,375	0	106,375	106,375	106,375	106,375	1/2	53,000
5	J	148.00	108.00	170,200	0	170,200	170,200	124,200	124,200	1/2	62,000
合計		581.75	517.00	642,542	0	642,542	642,542	571,245	570,381	-	284,000

3、補助額(通勤交通費)

	氏名	通勤交通費	寄付金その他の収入額	差引額	対象経費の実支出予定額	補助基準額	補助基本額	補助率	補助額
1	F	12,000	0	12,000	12,000	10,000	10,000	1/2	5,000
2	G	9,800	0	9,800	9,800	10,000	9,800	1/2	4,000
3	H	10,000	0	10,000	10,000	10,000	10,000	1/2	5,000
4	I	0	0	0	0	10,000	0	1/2	0
5	J	11,200	0	11,200	11,200	10,000	10,000	1/2	5,000
合計		43,000	0	43,000	43,000	50,000	39,800	-	19,000

入力手順

(1)「研修を行う月を選んでください」をクリックし、研修を行う月を選ぶ。

(2)一番上の研修月の「ケア・アシスタント氏名」を記入。以下の研修月に氏名が自動入力されます。

(3)各研修月ごと、各ケア・アシスタントごとに「身体介護」「サービス種類」をクリックし、身体介護を行うかの有無およびサービス種類を選ぶ。(身体介護を行う場合、補助単価が上がります)

(4)各研修月ごと、各ケア・アシスタントごとに、時給を記入。

(5)各研修月ごと、各ケア・アシスタント毎に、研修時間(小計)欄に総研修時間を記入。

(6)3、補助額(通勤交通費)に通勤交通費の支給合計額を記載。
※6人以上雇用した場合、6人以降はシートをコピーし、



誓 約 書

補助金交付申請にあたり、下記のとおり誓約します。
なお、誓約事項に関し、県が行う一切の措置に異議なく同意します。

記

(国及び地方公共団体を除く交付申請書を対象とする誓約事項)

- 1 暴力団排除条例（平成22年兵庫県条例第35号。以下「条例」という。）を遵守し、暴力団排除に協力することについて
- (1) 条例第2条第1号に規定する暴力団又は同条第3号に規定する暴力団員に該当しないこと。
 - (2) 暴力団排除条例施行規則（平成23年兵庫県公安委員会規則第2号）第2条各号に掲げる者に該当しないこと。
 - (3) 間接補助事業を行う場合にあっては、上記(1)又は(2)に該当する者に対して間接補助金を交付しないこと。また、業務の一部を第三者に行わせようとする場合にあっては、上記(1)又は(2)に該当する者をその受託者とししないこと。
 - (4) 知事が、上記(1)又は(2)を確認するため、必要な事項を兵庫県警察本部長に照会すること、及び当該照会に係る回答の内容を他の補助事業における暴力団等を排除するための措置を講ずるために利用し、又は兵庫県公営企業管理者及び兵庫県病院事業管理者に提供することについて、異議を述べないこと。

(すべての交付申請者を対象とする誓約事項)

- 2 補助金申請時の留意事項について
- (1)兵庫県福祉部補助金交付要綱第15条に基づき県が行う一切の措置について、異議を述べないこと。
- 第15条 知事は、補助事業者又は間接補助事業者が、次の各号のいずれかに該当すると認めたときは、当該交付決定の全部又は一部を取り消すことができる。
- (1) 法令並びにこの要綱及び当該補助事業に係る要綱、要領その他の規程の規定に違反したとき。
 - (2) 補助金又は間接補助金を補助事業又は間接補助事業以外の用途に使用したとき。
 - (3) 交付決定の内容及びこれに付した条件に違反したとき。
 - (4) 偽りその他不正な手段により補助金又は間接補助金の交付を受けたとき。
 - (5) 暴力団等であるとき。
- 2 知事は、前項の取消しを決定した場合には、その旨を補助金交付決定取消通知書（様式第11号）により当該補助事業者に通知するものとする。
- 3 知事は、第1項の取消しを決定した場合には、その旨及びその取消事由、その取消しに係る補助事業者又は間接補助事業者の名称その他知事が必要と認める事項を公表することができる。
- 4 前項の規定による公表は、その取消事由が悪質かつ重大である場合その他の知事が必要と認める場合に行うものとする。
- (2) 地方自治法第221条第2項に基づき県が行う一切の措置について、異議を述べないこと。
- 第221条 2 普通地方公共団体の長は、予算の執行の適正を期するため、工事の請負契約者、物品の納入者、補助金、交付金、貸付金等の交付若しくは貸付けを受けた者（補助金、交付金、貸付金等の終局の受領者を含む。）又は調査、試験、研究等の委託を受けた者に対して、その状況を調査し、又は報告を徴することができる。

令和7年4月1日

兵 庫 県 知 事 様

住所 兵庫県〇市〇1-1
団体名 社会福祉法人 兵庫会
代表者名 理事長 兵庫 太郎
電話番号 000-0000-0000
電子メール info@000.ne.jp

記載例

債権者登録書

		※ 1 変更の場合は該当箇所にチェックしてください。		
<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 住所の変更	<input type="checkbox"/> 氏名・法人名の変更	<input type="checkbox"/> 電話番号（代表）の変更	
<input checked="" type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 振込先の変更	<input type="checkbox"/> その他（ ）		
		※ 2 変更の場合でも、変更しない項目を含めて以降の欄は全て記載してください。		
(フリガナ)	ヒョウコ ケンマルシマル			
住所（所在地）	兵庫県〇市〇1-1			
(フリガナ)	シャカイフクシホウシンヒョウコ カイ			
屋号・氏名又は法人名	社会福祉法人 兵庫会			
郵便番号	000-000	電話番号（代表）	000-0000-0000	
経理担当者氏名	兵庫 次郎	（連絡先電話番号：）	000-0000-0000	
記入者氏名	兵庫 次郎	（連絡先電話番号：）	000-0000-000	
		（電子メール：）	〇〇@〇.jp	
支払方法	②口座振替払（口座振込） 3 隔地払（送金通知書） 4 隔地払（振替払出証書）			
[該当を○で囲む]				
(フリガナ)	ミツイシトモキソウ マルマルシデン		支払方法が「2又は3」の場合記入	
金融機関名（払渡店）	三井住友銀行 〇〇支店			
預金種別	① 普通・総合 2 当座 4 貯蓄 9 その他		支払方法が「2」の場合記入	
[該当を○で囲む]				
金融機関・支店番号	0009	123	口座番号	1234567
(フリガナ)	シャカイフクシホウシンヒョウコ カイ			
口座名義人	社会福祉法人兵庫会			
公共工事等の前金払いを受ける場合は下記に専用口座を記入				
(フリガナ)	銀行			前払金専用口座登録時の注意（兵庫県機関向け）・・・債権者コードの末尾（11桁目）に「（大文字、半角）」、（複数口座があるときはB,C～とする）。氏名（漢字）の前に「（前金）」を入力
別口普通預金口座	(金庫) 支店			
金融機関・支店番号		口座番号	(普通)	
(フリガナ)				
口座名義人				
上記のとおり兵庫県財務会計システムに登録してください。				
令和7年4月1日				
兵庫県あて				
住所（所在地）		兵庫県〇市〇1-1		
氏名又は法人名等		社会福祉法人 兵庫会		
代表者の職氏名		理事長 兵庫 太郎		
※1 登録する債権者の本人確認書類の写しを添付してください。詳細は下記注意事項6を参照。				
※2 本人確認書類の写しとは、概ね以下のとおりです（いずれか一つ）。				
【登録者が法人等の場合】・登記事項証明書 ・印鑑登録証明書 等				
【登録者が個人の場合】・マイナンバーカード ・運転免許証 ・パスポート ・各種健康保険証 等				

(注意事項)

- 1 この債権者登録書に記入された情報は、兵庫県財務会計システムに登録して利用されます。皆様に、より迅速かつ正確に支払が行えるよう、県（各部局、かい）に対する債権者（予定者）として必要事項をあらかじめ登録していただくものです。
- 2 登録は、御本人から抹消の申出がある場合のほか、利用実態が4年間ない場合には、年度末に自動的に削除されます。
- 3 原則的に電話番号（代表）が債権者コードとして登録されますので、県に見積書、請求書等を提出される場合は、電話番号（代表）を記入していただくようお願いします。
- 4 登録内容に変更が生じた場合は、必ず登録書（変更）を提出してください。ただし、法人の代表者名のみが変更になった場合は提出不要です。また、経理担当者又は記入者の氏名又は連絡先のみが変更になった場合も、提出不要です。
金融機関の合併、支店の統廃合等により、口座に関して変更が生じたときも、口座振替(振込)不能となりますので注意してください。
- 5 支払方法が「3 隔地払（送金通知書）」の場合は、三井住友銀行の全国の本支店、但馬銀行の県内本支店又はみなと銀行の県内本支店において受取（払渡）となりますので、金融機関名として、うちいずれか1行を記入（支店名は不要）してください。
- 6 この債権者登録書の提出とともに、登録する債権者の本人確認書類の写しを添付してください。本人確認書類の写しとは、概ね以下のとおりです（いずれか一つ）。
【登録者が法人等の場合】・登記事項証明書 ・印鑑登録証明書 等
【登録者が個人の場合】・マイナンバーカード ・運転免許証 ・パスポート ・各種健康保険証 等の公的書類
(住所、氏名、生年月日の記載があるもの)

本人確認書類の写しを添付しない場合は、「代表者の職氏名」の後ろに押印してください。法人等を債権者登録する場合は代表者印を、個人を債権者登録する場合は個人印を押印してください。なお、その印鑑は、金融機関届出印である必要はありません。

記載例

委任状

令和7年度ひょうごケア・アシスタント推進事業補助金の受領に関する一切の権限を下記の者に委任したことを届けます。

記

受任者 社会福祉法人兵庫会

令和7年4月1日

兵庫県知事 様

住 所 兵庫県〇市〇1-1

団 体 名 社会福祉法人 兵庫会

代 表 者 氏 名 理事長 兵庫 太郎 印

補助金交付決定通知書

(公 印 省 略)
高 第 号
令 和 年 月 日

様

兵 庫 県 知 事 齋 藤 元 彦

担当課名及び担当者名

電 話

電子メール

令和 年 月 日付けで申請のあったひょうごケア・アシスタント推進事業補助金については、金 円を下記の条件を付して交付することに決定したので通知します。

記

- この補助金の交付の対象となる事業は、上記申請のあった事業とし、その内容は補助金交付申請書に記載のとおりとする。
- 事業に要する経費及び補助金の額は次のとおりとする。

補助事業に要する経費	円
補 助 対 象 経 費	円
補 助 金 の 額	円
- 事業に要する経費の配分及びこれに対応する補助金の額は、第1項の申請書に記載のとおりとする。
- 補助事業者は、補助金交付要綱に従わなければならない。
- この事業は、令和 年 月 日までに完了しなければならない。

令和7年度ひょうごケア・アシスタント推進事業 実績報告

基本情報一覧表

※一番表に添付して下さい

この色のセル部分に入力してください。

入力項目		入力欄	備考・注意事項
① 法人 情報	法人名		省略せずに記載してください
	法人本部の郵便番号		数字の間は半角の「-」を記載してください
	法人本部の住所		
	法人代表者の役職名		職名を記載
	法人代表者氏名		姓と名の間にスペースを入れてください
	法人本部の代表電話番号		数字の間は半角の「-」を記載してください
	法人本部の組織共有メール		
② 担 当 者 情 報	電話番号		事業に関する連絡先 申請書の内容の確認連絡に使用しますので、申請書記載内容について回答できる方の情報を記載してください。
	メールアドレス		
	郵便番号		
	住所		
	宛先(法人名、施設・事業所名等)		
③ 定 額 等	担当者名		
	交付決定番号		
④ 情 事 報 業 所	施設・事業所名		申請する研修者が在籍する訪問介護事業所の名前、事業所番号、住所を記載してください。
	施設・事業所住所		

補助事業実績報告書

令和 年 月 日

兵庫県知事 様

住 所 〇
法 人 名 〇
代 表 者 名 〇 〇
施設・事業所 〇
電 話 番 号 〇
電子メール 〇

令和 7 年 4 月 1 日付 〇 で交付決定のあった令和 7 年度ひょうごケア・アシスタント
推進事業を下記のとおり実施したので、補助金交付要綱第 1 1 条の規定に基づき、
その実績を報告します。

記

1. 事業の内容及び経費区分（別記）

（令和 7 年 4 月 1 日）
2. 事業の着手年月日

令和 7 年 4 月 1 日

（令和 8 年 3 月 31 日）

事業の完了年月日

令和 8 年 3 月 31 日
3. 添付書類

（注）実績を下段に記入する。

別記

収支決算書

1 収入の部

科目	予算額	摘要
補助金収入	0円	
自己負担	0円	
計	0円	

2 支出の部

科目	予算額	摘要
(1) ひょうごケア・アシスタント推進事業の広報・PRに要する経費		
(2) ケア・アシスタント受入施設における受入準備経費及び研修経費	0円	
(3) 研修期間中のケア・アシスタントの活動経費	0円	
計	0円	

(注) 収支の計は、それぞれ一致する。

ひょうごケア・アシスタント推進事業精算額調書

実績報告

(施設・事業所名)

0

区分 事業区分	総事業費 A 円	寄付金 その他の 収入額 B 円	差引額 C(=A-B)円	対象経費の 実支出額 D(≦A)円	補助 基準額 E 円	補助 基本額 F 円	補助 所要額 G 円	補助金 交付決定額 H 円	補助金 受入済額 I 円	差引過 不足額 J 円
(1)ひょうごケア・アシスタント推進事業の広報・PRに要する経費										
(2)ケア・アシスタント受入施設における受入準備経費及び研修経費										
(3)研修期間中のケア・アシスタントの活動経費										
合 計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

- (注1) E欄については、合計欄に補助要綱別表で定められた補助基準額を記入すること。
- (注2) F欄は、C、D、E欄の合計の額うち最も少ない額を記入すること。
- (注3) G欄は、F欄の額を記入すること(1,000円未満切り捨て)。
- (注4) I欄については、概算支払い受入済みの額を記入すること。
- (注5) J欄については、G欄からI欄を引いた額又はH欄からI欄を引いた額の少ない方を記入すること。

ひょうごケア・アシスタント推進事業実績報告書

(施設・事業所名)

1 事業実施状況

(1) ひょうごケア・アシスタント推進事業の広報・PR

実施期間	
実施方法・回数等	

(2) ひょうごケア・アシスタント推進事業の実施

事業実施施設数	1施設
ケア・アシスタント参加者数	
研修終了後の継続就労者数	

2 対象経費の支出済額内訳

区分	支出済額	摘 要
人件費	円	(別紙)研修日程表のとおり
報償費	円	
旅費	円	(別紙)研修日程表のとおり
需用費	円	
役務費	円	
委託料	円	
使用料及び賃借料	円	
補助金	円	
合 計	0 円	

(別紙)ケア・アシスタント研修日程表

施設・事業所名 0

1、研修日程

※ケア・アシスタントの研修について、実施した時間を記入ください。

例：「30時間→30」、「40時間30分→40.5」、「30時間45分→30.75」

(令和7年4月)

	ケア・アシスタント氏名	身体介護	サービス種類	時給	研修時間(小計)	研修時間(累計)	賃金(小計)
1						0.00	0
2						0.00	0
3						0.00	0
4						0.00	0
5						0.00	0
月研修時間合計					0	0	0

研修を行う月を選んでください

	ケア・アシスタント氏名	身体介護	サービス種類	時給	研修時間(小計)	研修時間(累計)	賃金(小計)
1	0					0.00	0
2	0					0.00	0
3	0					0.00	0
4	0					0.00	0
5	0					0.00	0
月研修時間合計					0	0	0

研修を行う月を選んでください

	ケア・アシスタント氏名	身体介護	サービス種類	時給	研修時間(小計)	研修時間(累計)	賃金(小計)
1	0					0.00	0
2	0					0.00	0
3	0					0.00	0
4	0					0.00	0
5	0					0.00	0
月研修時間合計					0	0	0

研修を行う月を選んでください

	ケア・アシスタント氏名	身体介護	サービス種類	時給	研修時間(小計)	研修時間(累計)	賃金(小計)	賃金(累計)
1	0					0.00	0	0
2	0					0.00	0	0
3	0					0.00	0	0
4	0					0.00	0	0
5	0					0.00	0	0
月研修時間合計					0	0	0	0

2、補助額(賃金)

	氏名	総研修時間	補助対象時間	総支給額	補助基準額	補助基本額	補助率	補助額
1	0	0.00	0.00	0	0	0	1/2	0
2	0	0.00	0.00	0	0	0	1/2	0
3	0	0.00	0.00	0	0	0	1/2	0
4	0	0.00	0.00	0	0	0	1/2	0
5	0	0.00	0.00	0	0	0	1/2	0
合計		0.00	0.00	0	0	0	-	0

入力手順

(1)「研修を行う月を選んでください」をクリックし、研修を行う月を選ぶ。

(2)一番上の研修月の「ケア・アシスタント氏名」を記入。以下の研修月に氏名が自動入力されます。

(3)各研修月ごと、各ケア・アシスタントごとに「身体介護」「サービス種類」をクリックし、身体介護を行うかの有無およびサービス種類を選ぶ。(身体介護を行う場合、補助単価が上がります)

(4)各研修月ごと、各ケア・アシスタントごとに、時給を記入。

(5)各研修月ごと、各ケア・アシスタント毎に、研修時間(小計)欄に総研修時間を記入。

(6)3、補助額(通勤交通費)に通勤交通費の支給合計額を記載。

※6人以上雇用した場合、6人以降はシートをコピーし、別シートで作成してください。

また、様式3の2(2)ケア・アシスタント活動経費の自動入力

3、補助額(通勤交通費)

	氏名	通勤交通費	補助基準額	補助率	補助額
1	0			1/2	0
2	0			1/2	0
3	0			1/2	0
4	0			1/2	0
5	0			1/2	0
合計		0	0	-	0

ひょうごケア・アシスタント参加者名簿

施設・事業所名： 0

番号	氏名	ふりがな	性別	年齢	郵便番号	住所	就業前の職業	電話番号	メールアドレス	参加動機	研修終了後の就労状況	備考
記載例	兵庫 太郎	ヒョウゴ タロウ	男	63	650-8567	神戸市中央区 下山手通5-10-1	無職	000-000-0000	〇〇〇@〇〇〇.jp	介護職として就労を希望するが、事前に現場で研修を受けたい。	ケア・アシスタントとして引続き就労・介護職として就労等	
1												
2												
3												
4												
5												

※ひょうごケア・アシスタント参加後のアンケート等送付のため、提供いただいたメールアドレスをご連絡させていただく場合があります。

補助金請求書

金0円也

ただし、令和7年度ひょうごケア・アシスタント推進事業補助金

補助金交付決定額	0円
補助金確定額	0円
既受領額	円
今回請求額	0円

＜根拠＞	0
補助金交付決定通知	令和7年4月1日
補助金交付決定変更通知	高第号 令和 年 月 日
補助金確定通知	高第号 令和 年 月 日

上記のとおり、補助金を精算払いによって交付されたく、令和7年度補助金交付要綱第14条第1項の規定により請求します。

令和 年 月 日

兵庫県知事 齋藤 元彦 様

請求者 住所 0
法人名 0
代表者氏名 00

発行責任者 氏 名
電話番号
電子メール

担当者 氏 名
電話番号
電子メール

令和7年度ひょうごケア・アシスタント推進事業 実績報告

基本情報一覧表

※一番表に添付して下さい

記載例

この色のセル部分に入力してください。

入力項目		入力欄	備考・注意事項
① 法人 情報	法人名	社会福祉法人 兵庫会	省略せずに記載してください
	法人本部の郵便番号	000-000	数字の間は半角の「-」を記載してください
	法人本部の住所	兵庫県〇市〇1-1	
	法人代表者の役職名	理事長	職名を記載
	法人代表者氏名	兵庫 太郎	姓と名の間にスペースを入れてください
	法人本部の代表電話番号	000-0000-0000	数字の間は半角の「-」を記載してください
	法人本部の組織共有メール	Info@000.ne.jp	
② 担 当 者 情 報	電話番号	000-0000-000	事業に関する連絡先 申請書の内容の確認連絡に使用しますので、申請書記載内容について回答できる方の情報を記載してください。
	メールアドレス	〇〇@〇.jp	
	郵便番号	123-4567	
	住所	兵庫県〇市〇1-1	
	宛先(法人名、施設・事業所名等)	社会福祉法人兵庫会 法人本部	
③ 定 額 交 付 決 算	担当者名	兵庫 次郎	
	交付決定番号	高第〇〇号	
④ 情 報 業 所	施設・事業所名	特別養護老人ホーム〇〇	申請する研修者が在籍する訪問介護事業所の名前、事業所番号、住所を記載してください。
	施設・事業所住所	兵庫県〇市〇1-1	

補助事業実績報告書

記載例

令和 年 月 日

兵庫県知事 様

住 所 兵庫県〇市〇1-1
法 人 名 社会福祉法人 兵庫会
代 表 者 名 理事長 兵庫 太郎
施設・事業所 特別養護老人ホーム〇〇
電 話 番 号 000-0000-0000
電子メール info@000.ne.jp

令和7年4月1日付 317,000円 で交付決定のあった令和7年度ひょうごケア・アシスタント
推進事業を下記のとおり実施したので、補助金交付要綱第11条の規定に基づき、
その実績を報告します。

記

1. 事業の内容及び経費区分（別記）
- (令和7年 4月 1日)
2. 事業の着手年月日
- 令和7年 4月 1日
- (令和8年 3月 31日)
- 事業の完了年月日
- 令和8年 3月 31日
3. 添付書類

（注）実績を下段に記入する。

収支決算書

記載例

1 収入の部

(単位：円)

科目	決算額	摘要
補助金収入	(317,000) 317,000	
自己財源	(391,042) 391,042	
計	(708,042) 708,042	

2 支出の部

(単位：円)

科目	決算額	摘要
(1) ひょうごケア・アシスタント推進事業の広報・PRに要する経費		
(2) ケア・アシスタント受入施設における受入準備経費及び研修経費	(22,500) 22,500	
(3) 研修期間中のケア・アシスタントの活動経費	(685,542) 685,542	
計	(708,042) 708,042	

- (注) 1 収支の計は、それぞれ一致する。
2 県補助金額は見込額を記載する。

ひょうごケア・アシスタント推進事業精算額調書

記載例

実績報告

(施設・事業所名) 特別養護老人ホーム〇〇

区分 事業区分	総事業費 A 円	寄付金 その他の 収入額 B 円	差引額 C(=A-B)円	対象経費の 実支出額 D(≦A)円	補助 基準額 E 円	補助 基本額 F 円	補助 所要額 G 円	補助金 交付決定額 H 円	補助金 受入済額 I 円	差引過 不足額 J 円
(1)ひょうごケア・アシスタント推進事業の広報・PRに要する経費										
(2)ケア・アシスタント受入施設における受入準備経費及び研修経費	22,500	0	22,500	22,500	14,000	14,000	14,000	14,000		14,000
(3)研修期間中のケア・アシスタントの活動経費	685,542	0	685,542	685,542	621,245	610,181	303,000	303,000		303,000
合 計	708,042	0	708,042	708,042	635,245	624,181	317,000	317,000	0	317,000

(注1) E欄については、合計欄に補助要綱別表で定められた補助基準額を記入すること。

(注2) F欄は、C、D、E欄の合計の額うち最も少ない額を記入すること。

(注3) G欄は、F欄の額を記入すること(1,000円未満切り捨て)。

(注4) I欄については、概算支払い受入済みの額を記入すること。

(注5) J欄については、G欄からI欄を引いた額又はH欄からI欄を引いた額の少ない方を記入すること。

ひょうごケア・アシスタント推進事業実績報告書

(施設・事業所名) 特別養護老人ホーム〇〇

記載例

1 事業実施状況

(1) ひょうごケア・アシスタント推進事業の広報・PR

実施期間	
実施方法・回数等	

(2) ひょうごケア・アシスタント推進事業の実施

事業実施施設数	1施設
ケア・アシスタント参加者数	5人
研修終了後の継続就労者数	4人

2 対象経費の支出済額内訳

区分	支出済額	摘 要
人件費	642,542 円	(別紙)研修日程表のとおり
報償費	円	
旅費	43,000 円	(別紙)研修日程表のとおり
需用費	8,500 円	コピー用紙、インク代
役務費	4,000 円	チラシ印刷代
委託料	円	
使用料及び賃借料	10,000 円	ケア・アシスタント研修会場代
補助金	円	
合 計	708,042 円	

(整理シート①)ケア・アシスタント研修日程表

施設・事業所名 特別養護老人ホーム〇〇

記載例

1、研修日程

※ケア・アシスタントの研修日程について、予定時間を記入ください。

例:「30時間→30」、「40時間30分→40.5」、「30時間45分→30.75」

(令和7年8月)

	ケア・アシスタント氏名	身体介護	サービス種類	時給	研修時間(小計)	研修時間(累計)	賃金(小計)
1	A	無	介護老人福祉施設	1,052	30.00	30.00	31,560
2	B	無	介護老人福祉施設	1,052	35.00	35.00	36,820
3	C	無	介護老人福祉施設	1,052	20.00	20.00	21,040
4	D	有	介護老人福祉施設	1,150	25.00	25.00	28,750
5	E	有	介護老人福祉施設	1,150	40.00	40.00	46,000
月研修時間合計					150	150	164,170

(令和7年9月～10月3日まで)

	ケア・アシスタント氏名	身体介護	サービス種類	時給	研修時間(小計)	研修時間(累計)	賃金(小計)
1	A	無	介護老人福祉施設	1,052	39.00	69.00	41,028
2	B	無	介護老人福祉施設	1,052	45.50	80.50	47,866
3	C	無	介護老人福祉施設	1,052	26.50	46.50	27,878
4	D	有	介護老人福祉施設	1,150	32.50	57.50	37,375
5	E	有	介護老人福祉施設	1,150	52.00	92.00	59,800
月研修時間合計					196	346	213,947

(令和7年10月4日～)

	ケア・アシスタント氏名	身体介護	サービス種類	時給	研修時間(小計)	研修時間(累計)	賃金(小計)
1	A	無	介護老人福祉施設	1,100	39.00	108.00	42,900
2	B	無	介護老人福祉施設	1,100	45.75	126.25	50,325
3	C	無	介護老人福祉施設	1,100	26.00	72.50	28,600
4	D	有	介護老人福祉施設	1,150	32.50	90.00	37,375
5	E	有	介護老人福祉施設	1,150	52.00	144.00	59,800
月研修時間合計					195	541	219,000

(令和7年12月)

	ケア・アシスタント氏名	身体介護	サービス種類	時給	研修時間(小計)	研修時間(累計)	賃金(小計)	賃金(累計)
1	A	無	介護老人福祉施設	1,100	3.00	111.00	3,300	118,788
2	B	無	介護老人福祉施設	1,100	3.50	129.75	3,850	138,861
3	C	無	介護老人福祉施設	1,100	28.00	100.50	30,800	108,318
4	D	有	介護老人福祉施設	1,150	2.50	92.50	2,875	106,375
5	E	有	介護老人福祉施設	1,150	4.00	148.00	4,600	170,200
月研修時間合計					41	582	45,425	642,542

2、補助額(賃金)

	氏名	総研修時間	補助対象時間	総支給額	寄付金その他の収入額	差引額	対象経費の実支出予定額	補助基準額	補助基本額	補助率	補助額
1	A	111.00	108.00	118,788	0	118,788	118,788	116,112	116,112	1／2	58,000
2	B	129.75	108.00	138,861	0	138,861	138,861	115,376	115,376	1／2	57,000
3	C	100.50	100.50	108,318	0	108,318	108,318	109,182	108,318	1／2	54,000
4	D	92.50	92.50	106,375	0	106,375	106,375	106,375	106,375	1／2	53,000
5	E	148.00	108.00	170,200	0	170,200	170,200	124,200	124,200	1／2	62,000
合計		581.75	517.00	642,542	0	642,542	642,542	571,245	570,381	-	284,000

3、補助額(通勤交通費)

	氏名	通勤交通費	寄付金その他の収入額	差引額	対象経費の実支出予定額	補助基準額	補助基本額	補助率	補助額
1	A	12,000	0	12,000	12,000	10,000	10,000	1／2	5,000
2	B	9,800	0	9,800	9,800	10,000	9,800	1／2	4,000
3	C	10,000	0	10,000	10,000	10,000	10,000	1／2	5,000
4	D	0	0	0	0	10,000	0	1／2	0
5	E	11,200	0	11,200	11,200	10,000	10,000	1／2	5,000
合計		43,000	0	43,000	43,000	50,000	39,800	-	19,000

入力手順

(1)「研修を行う月を選んでください」をクリックし、研修を行う月を選ぶ。

(2)一番上の研修月の「ケア・アシスタント氏名」を記入。以下の研修月に氏名が自動入力されます。

(3)各研修月ごと、各ケア・アシスタントごとに「身体介護」「サービス種類」をクリックし、身体介護を行うかの有無およびサービス種類を選ぶ。(身体介護を行う場合、補助単価が上がります)

(4)各研修月ごと、各ケア・アシスタントごとに、時給を記入。

(5)各研修月ごと、各ケア・アシスタント毎に、研修時間(小計)欄に総研修時間を記入。

(6)3、補助額(通勤交通費)に通勤交通費の支給合計額を記載。
※6人以上雇用した場合、6人以降はシートをコピーし、

ひょうごケア・アシスタント参加者名簿

記載例

施設・事業所名： 特別養護老人ホーム〇〇

番号	氏名	ふりがな	性別	年齢	郵便番号	住所	就業前の職業	電話番号	メールアドレス	参加動機	研修終了後の就労状況	備考
記載例	兵庫 太郎	ヒョウゴ タロウ	男	63	650-8567	神戸市中央区 下山手通5-10-1	無職	000-000-0000	〇〇〇@〇〇〇.jp	介護職として就労を希望するが、事前に現場で研修を受けたい。	ケア・アシスタントとして引続き就労・介護職として就労等	
1												
2												
3												
4												
5												

※ひょうごケア・アシスタント参加後のアンケート等送付のため、提供いただいたメールアドレスをご連絡させていただく場合があります。

補助金請求書

記載例

金317,000 円也

ただし、令和7年度ひょうごケア・アシスタント推進事業補助金

補助金交付決定額	317,000 円
補助金確定額	317,000 円
既受領額	0 円
今回請求額	317,000 円

<根拠>		高第〇〇号
	補助金交付決定通知	令和7年4月1日
	補助金交付決定変更通知	高第 号 令和 年 月 日
	補助金確定通知	高第 号 令和 年 月 日

上記のとおり、補助金を精算払いによって交付されたく、令和7年度補助金交付要綱第14条第1項の規定により請求します。

令和 年 月 日

兵庫県知事 齋藤 元彦 様

請求者

住 所 兵庫県〇市〇1-1
法 人 名 社会福祉法人 兵庫会
代表者氏名 理事長 兵庫 太郎

発行責任者

氏 名 兵庫 次郎
電 話 番 号 000-0000-000
電 子 メ ー ル 〇〇@〇.jp

担 当 者

氏 名 兵庫 次郎
電 話 番 号 000-0000-000
電 子 メ ー ル 〇〇@〇.jp

補助金額確定通知書

（公印省略）
高第 号
令和 年 月 日

様

兵庫県知事 齋藤 元彦

担当課名及び担当者名
電 話
電子メール

令和 年度ひょうごケア・アシスタント推進事業補助金として下記のとおり補助金を確定したので通知します。

記

確 定 額 金 円