

様式第1号

番 号
令和8年4月1日

岩手県知事 達増 拓也 様

申請者 法人(事業者)本店所在地 岩手県盛岡市内丸10番1号
法人(事業者)名 岩手県長寿社会課株式会社
代表者氏名 代表取締役社長 岩手 太郎

令和8年度ケアマネジメント提供体制確保支援事業費補助金交付申請書
標記事業を実施したいので、岩手県補助金交付規則第4条の規定により関係書類を添えて、次のとおり補助金の交付を申請します。

補助金申請額 金 1,300,000 円

添付書類

- 1 ケアマネジメント提供体制確保支援事業計画書(様式第1号別紙1)
- 2 ケアマネジメント提供体制確保支援事業費補助金所要額調書(様式第1号別紙2)
- 3 見積書等
- 4 補助事業に係る収支予算書(見込書)の抄本
- 5 振込口座が確認できる書類のコピー(通帳の写し等)
- 6 その他知事が必要と認めるもの

ケアマネジメント提供体制確保支援事業計画書

1 (1) 申請者情報

| | | | | |
|-----|--------------|--------------|-----|--------------|
| 名称 | 岩手県長寿社会課株式会社 | | | |
| 連絡先 | 電話 | 0123-56-7890 | FAX | 0123-56-7890 |
| | メール | XXXX@XXX.jp | 担当者 | 長寿 寿子 |

(2) 対象事業所

| | |
|-------|--|
| 事業所番号 | |
| 名称 | |
| 所在地 | |

2 事業内容

| | |
|-----------|----------------------|
| 実施予定の事業概要 | |
| 事業実施予定期間 | 令和8年4月1日 ~ 令和9年2月28日 |
| 事業の目的 | |

注1 記入欄が不足する場合「別紙のとおり」と記入し、別紙（任意様式）を添付すること。

注2 2以上の事業所で実施する場合には事業所ごとに当該様式を作成すること。

3 補助所要額内訳書

(単位：円)

| 区分 | 対象経費 支出予定額 | 積算内訳 | 備考 |
|--------|---------------|-----------------------|----|
| 採用活動 | 200,000 | 就職フェア出展旅費 100,000円×2名 | |
| タスクシフト | 400,000 | 相談窓口運営費 400,000円 | |
| 経営改善 | 400,000 | 専門家派遣経費 50,000円/日×8回 | |
| 広報活動 | 500,000 | リーフレット制作費 500,000円 | |
| 合計 | 1,500,000円 | — | |

ケアマネジメント提供体制確保支援事業費補助金所要額調書

申請者名 岩手県長寿社会課株式会社

| 区分 | 総事業費 A 円 | 寄附金その他 見込の収入額 B 円 | 差引額 A-B=C 円 | 対象経費 支出予定額 D 円 | 補助基準額 E 円 | 選定額 F 円 | 補助金所要額 G 円 |
|----------------|----------------|----------------------------|-------------------|-------------------------|-----------------|---------------|------------------|
| 計 | 1,500,000 | | 1,500,000 | 1,500,000 | 1,400,000 | 1,300,000 | 1,300,000 |
| 採用活動の支援 | 200,000 | | 200,000 | 200,000 | 300,000 | 200,000 | 200,000 |
| タスクシフト支援 | 400,000 | | 400,000 | 400,000 | 400,000 | 400,000 | 400,000 |
| 経営改善の支援 | 400,000 | | 400,000 | 400,000 | 400,000 | 400,000 | 400,000 |
| 広報活動に関する 支援 | 500,000 | | 500,000 | 500,000 | 300,000 | 300,000 | 300,000 |

注 1 B欄には、当該事業に係る収入の額を記載してください。

注 2 D欄には、A欄の事業費のうち、補助対象経費の支出予定額を記載してください。

注 3 E欄には、別表第 1 に掲げる基準額を記載してください。

注 4 F欄には、C欄、D欄及びE欄を比較して最も少ない額が表示されます。

注 5 G欄には、選定額が表示されます。ただし、千円未満に端数がある場合は、千円未満を切り捨てた額となります。

注 6 着色のないセルには入力不要です。

収支予算書

1 収入

(単位：円)

| 区分 | 金額 | 備考 |
|----------------------|-----------|----|
| 1. 県補助金 | 1,300,000 | |
| 採用活動の支援 | 200,000 | |
| 事業所内のタスクシフト支援 | 400,000 | |
| 経営改善の支援 | 400,000 | |
| 利用者確保等のための広報活動に関する支援 | 300,000 | |
| | | |
| | | |
| 2. 自己資金 | 200,000 | |
| 3. その他 | | |
| 合計 | 1,500,000 | |

2 支出

(単位：円)

| 区分 | 金額 | 備考 |
|-------|-----------|----|
| 印刷製本費 | 800,000 | |
| 賃金 | 200,000 | |
| 旅費 | 300,000 | |
| 委託料 | 200,000 | |
| 合計 | 1,500,000 | |

番 号
令和8年4月1日

岩手県知事 達増 拓也 様

| | |
|------------------|---------------|
| 申請者 法人（事業者）本店所在地 | 岩手県盛岡市内丸10番1号 |
| 法人（事業者）名 | 岩手県長寿社会課株式会社 |
| 代表者氏名 | 代表取締役社長 岩手 太郎 |

令和8年度ケアマネジメント提供体制確保支援事業費補助金変更（中止、廃止）承認申請書

令和〇年〇月〇日付け岩手県指令長第×××-×号で交付決定の通知がありました標記事業について、下記により変更（中止、廃止）したいので、承認されるよう関係書類を添えて申請します。

記

1 変更（中止、廃止）の理由

〇〇について、〇〇となったことから減額（増額、中止、廃止）するもの。

2 変更交付額

| | | |
|--------|---|-----|
| 交付決定済額 | 金 | 円 |
| 変更額 | 金 | 円 |
| 変更後申請額 | 金 | 0 円 |

3 添付書類

- (1) 交付申請の際に提出した添付書類について、変更のあるもの全てを提出すること。
- (2) その他知事が必要と認めるもの

参考様式【申請時チェックシート】

申請時に必要な提出書類の確認にご使用ください。

| 【交付申請時】※原則、交付決定前の事業着手は認められません。 | チェック |
|---|-------------------------------------|
| 提出書類 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 1 ケアマネジメント提供体制確保支援事業費補助金交付申請書(様式第1号) | <input type="checkbox"/> |
| 2 ケアマネジメント提供体制確保支援事業計画書(様式第1号別紙1) | <input type="checkbox"/> |
| 3 ケアマネジメント提供体制確保支援事業費補助金所要額調書(様式第1号別紙2) | <input type="checkbox"/> |
| 4 補助事業に係る収支予算書(参考様式) | <input type="checkbox"/> |
| 5 見積書等(経費が確認できる資料) | <input type="checkbox"/> |
| 6 振込口座が確認できる書類のコピー(通帳の写し等) | <input type="checkbox"/> |

| 【変更交付申請時】 | チェック |
|---|-------------------------------------|
| 変更要件(以下のいずれかに当てはまる場合、変更交付申請が必要です) | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 1 総事業費の30パーセントを超える増減 | <input type="checkbox"/> |
| 2 補助事業の中止又は廃止 | <input type="checkbox"/> |
| 様式 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 1 ケアマネジメント提供体制確保支援事業費補助金変更(中止、廃止)承認申請書(様式第2号) | <input type="checkbox"/> |
| 2 交付申請の際に提出した添付書類について、変更のあるもの全てを提出すること | <input type="checkbox"/> |