

1 担当者情報

⇒下表に必要事項を入力してください。記入内容が別紙様式に反映されます。

申請代表者 法人名	名称	社会福祉法人福岡県庁	申請する申請代表者の情報を入力してください。
申請代表者 法人番号	法人番号	6000020400009	
申請代表者 法人住所	郵便番号	812-8577	
	住所	福岡県福岡市博多区東公園7番7号	
申請代表者 法人代表者	職名	理事長	本申請に係る担当者の情報を入力してください。 ※書類に不備等がある場合、こちらに記載の担当者までご連絡させていただきます。
	氏名	福岡 太郎	
書類作成担当者	部署・役職等	介護人材確保対策室 事務	
	フリガナ	フクオカ ジロウ	
	氏名	福岡 次郎	
連絡先	電話番号	092-643-3327	本補助金に係る連絡先の情報を入力してください。 ※メールアドレスについては、担当者が変更になっても連絡のとれるメールアドレス(代表のアドレス等)を入力してください。
	FAX番号	092-643-3253	
	e-mail	k-kaigojinzai@pref.fukuoka.lg.jp	
県からの各種通知文郵送先	宛名	福岡県庁	県に口座登録しているか否か選択してください。
	郵便番号	812-0000	
	住所	福岡県福岡市博多区東公園××××	
補助金の支払い先情報	県に口座登録をしたことがあるかの確認	県に口座登録をしていない	県に口座登録をしている場合は、債権者登録番号を入力してください。 ※債権者登録番号が不明の場合は空欄のままです。
	債権者登録番号		補助金の支払先情報を入力してください。
	金融機関名	福岡銀行	
	支店名	県庁内支店	
	預金種別	普通預金	
	口座番号	99999999	

2 申請情報

申請日	日付	令和7年7月15日	本補助金の申請日を入力してください。
文書番号	法人管理の文書番号	7高齢111号	法人で外部に発出する文書に番号を付している場合は入力してください。(なければ入力不要です)
法人グループ名	名称	福岡県庁外国人介護人材確保グループ	法人グループ名を記載してください。
グループに構成される法人数	法人数	10	グループに構成される法人数
総事業費(支出予定額)	金額	5,068,000	本補助金を活用し、実施する事業費の総額を入力してください。※様式1-3「支出計画書」の支出予定額の合計額となります。
総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額	金額	5,068,000	本補助金を活用するにあたって、寄付金その他の収入額がある場合は、その額を除いた額を記載してください。※寄付金その他の収入額がない場合は、様式1-3「支出計画書」の支出予定額の合計額となります。
補助上限額	金額	5,000,000	自動計算のため入力不要です。
補助申請額	金額	5,000,000	

【交付申請書と一緒に提出してください】



福岡県外国人介護人材確保強化事業費補助金交付申請に係る提出書類について

法人グループ名	福岡県庁外国人介護人材確保グループ		債権者登録番号	0
担当者	氏名	福岡 次郎	部署・役職等	介護人材確保対策室 事務
郵送先	宛名	福岡県庁		
	郵便番号	812-0000	住所	福岡県福岡市博多区東公園 × × × ×
連絡先	電話番号	092-643-3327	メールアドレス	k-kaigojinzai@pref.fukuoka.lg.jp

チェック欄	提出書類
☒	基本情報入力シート
☒	様式1 令和7年度福岡県外国人介護人材確保強化事業費補助金交付申請書
☒	様式1-1 福岡県外国人介護人材確保強化事業 法人グループ情報
☒	様式1-2 経費所要額調書
☒	様式1-3 支出計画書
☒	様式1-4 事業計画書
☒	様式1-5 役員一覧 ※法人グループに構成されるすべての法人の役員全員の記載が必要
☒	様式1-6 同意書 ※法人グループに構成されるすべての法人分が必要
☒	通帳の写し(県に口座登録されたことがない場合は債権者登録申出書も必要)【注1】
☒	(口座登録をされたことがない、したかわからない場合のみ)債権者登録申出書

※ 必ず全てにチェックしてください。

【注記】

注1 補助金の支払い先について

- 県から補助金の支払いを受けるためには、県に対して支払い先となる金融機関の口座登録(債権者登録)が必要となります。
- 県に口座登録されたことがない場合は、債権者登録申出書及び登録する口座の通帳表紙の表裏両面の写し(金融機関・支店名、普通・当座預金の別、口座番号、口座名義が分かる箇所)を併せて提出してください。
- 既に、県に口座登録されている(県から補助金等の金銭支払いを受けたことがある)場合も、支払い先確認のため、お手数ですが登録されている口座の通帳表紙の表裏両面の写し(金融機関・支店名、普通・当座預金の別、口座番号、口座名義が分かる箇所)を提出願います。

様式1（第7条関係）

7 高 齢 111 号
令 和 7 年 7 月 15 日

福岡県知事 殿

所 在 地 福岡県福岡市博多区東公園7番7号
法人グループ名 福岡県庁外国人介護人材確保グループ
申請代表者名 社会福祉法人福岡県庁
代表者名 理事長 福岡 太郎
(代表者による記名押印又は署名)

令和7年度福岡県外国人介護人材確保強化事業費補助金交付申請書

このことについて、福岡県外国人介護人材確保強化事業費補助金交付要綱第7条の規定に基づき、下記により補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

記

- 1 法人グループ情報（様式1－1）
- 2 交付申請額 金 5,000,000 円
- 3 経費所要額調書（様式1－2）
- 4 支出計画書（様式1－3）
- 5 事業計画書（様式1－4）
- 6 役員一覧（様式1－5）
※法人グループに構成されるすべての法人の役員全員の記載が必要
- 7 同意書（様式1－6）
※法人グループに構成されるすべての法人分が必要
- 8 その他参考となる書類

福岡県外国人介護人材確保強化事業 法人グループ情報

(ア)法人グループの基本情報

(1)	法人グループ名	福岡県庁外国人介護人材確保グループ				
(2)	申請代表者法人番号	6000020400009				
(3)	申請代表者名(法人名)	社会福祉法人福岡県庁				
(4)	申請代表者の主たる法人の所在住所	福岡県福岡市博多区東公園7番7号				
(5)	グループに構成される法人	法人番号	法人名	主たる法人の所在住所	従業員数	法人として同事業で他の都道府県で補助を受けているか
		6000020400009	社会福祉法人 福岡県庁	福岡県福岡市博多区東公園7番7号	200	受けていない
		6000000000001	A株式会社	福岡県福岡市博多区××	150	受けていない
		6000000000002	B株式会社	福岡県福岡市博多区××	100	受けていない
		6000000000003	C株式会社	福岡県福岡市博多区××	90	受けていない
		6000000000004	D株式会社	福岡県福岡市早良区××	80	受けていない
		6000000000005	E株式会社	福岡県福岡市早良区××	70	受けていない
		6000000000006	F株式会社	福岡県福岡市早良区××	60	受けていない
		6000000000007	社会福祉法人G	福岡県福岡市東区××	50	受けていない
		6000000000008	H有限会社	福岡県福岡市東区××	40	受けていない
		6000000000009	I合同会社	福岡県福岡市東区××	30	受けていない
従業員数は職種や役職等に関係なく、雇用関係のある在籍者の総数を記載してください。(介護関係職種のみならず、管理者、事務職、調理員、栄養士、送迎運転手、清掃員等も全て含みます)役員、派遣労働者、委託業務従事者は含みません。						

(イ)事業計画

① 事業内容

	送り出し国におけるマーケティング活動等の情報収集
	海外現地の学校や送り出し機関との関係構築・連携強化
☐	海外現地での説明会開催等の採用・広報活動 ※この取組は必須
☐	海外現地での介護人材候補者に対する学習支援 ※この取組は必須
	その他海外現地における外国人介護人材確保のための取組
	(自由記述)

② 事業実施体制

任意様式により提出

法人グループ事業実施体制

法人名	役割
社会福祉法人 福岡県庁	補助事業全体の総括、予算執行、補助金事務処理責任者
A株式会社	海外現地での説明会開催等の採用・広報活動事業の総括
B株式会社	説明会開催等の採用・広報活動事業に係る内容検討
C株式会社	説明会開催等の採用・広報活動事業に係る内容検討
D株式会社	説明会開催等の採用・広報活動事業に係る日程調整
E株式会社	海外現地の介護人材候補者に対する学習支援の総括
F株式会社	海外現地での学習支援に係る内容検討
社会福祉法人G	海外現地での学習支援に係る内容検討
H有限会社	海外現地の講師との調整
I合同会社	説明会開催等の採用・広報活動事業に係る日程調整

様式1ー2
経費所要額調書

【外国人介護人材確保強化事業】

法人グループ名	総事業費 (A)	総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額 (B)	総事業費のうち対象経費の支出予定額 (C)	選定額 (D)	補助率 (E)	グループに構成される法人数 (F)	補助限度額 (G)	補助金申請額 (H)
	円	円	円	円		法人	円	円
福岡県庁外国人介護人材確保グループ	5,068,000	5,068,000	5,068,000	5,068,000	10／10	10	5,000,000	5,000,000
合 計	5,068,000	5,068,000	5,068,000	5,068,000		10	5,000,000	5,000,000

- 注 1 (D)欄は、(B)欄と(C)欄の額を比較して少ない方の額を記入すること。
- 2 (G)欄の補助限度額は、1法人500,000円×法人グループ内の法人数の額を記入すること。ただし、10法人分の5,000,000円を上限とする。
- 3 (H)欄は、(D)欄の額に(E)欄の補助率を乗じた額と(G)欄を比較して少ない方を記入すること。(1,000円未満切捨て)。

支出計画書

法人グループ名：福岡県庁外国人介護人材確保グループ

内容

- (1) 送り出し国におけるマーケティング活動等の情報収集
- (2) 海外現地の学校や送り出し機関との関係構築・連携強化
- (3) 海外現地での説明会開催等の採用・広報活動
- (4) 海外現地での介護人材候補者に対する学習支援
- (5) その他海外現地における外国人介護人材確保のための取組

本補助金の対象経費のみ記載してください。

区分	支出予定額（円）	事業費内訳	内容
人件費 ※1	600,000	通訳報償費（3）（4）：50,000円×2人×6日	（3） （4）
旅費	3,680,000	渡航費・滞在費（3）（4）：230,000円×16名	（3） （4）
需用費 ※2	300,000	説明用資料作成費（3）：100,000円 学習支援教材費（4）：200,000円	（3） （4）
会議費			
役務費 ※3	48,000	海外出張保険（3）（4）：3,000円×16人	（3） （4）
委託費 ※4			
使用料・借上料	440,000	説明会会場借上料（3）：10,000円×10会場 学習支援会場借上料（4）：10,000円×2会場×5日 レンタカー借上料（3）（4）：10,000円×4台×6日	（3） （4）
備品購入費			
合 計	5,068,000		

（委託先について）

分類	委託先	実施内容・委託金額
委託		
委託		
委託		

- ※1 人件費には「給料・職員手当等・報酬・報償費」等を記載すること。事業費内訳に1人当たり単価及び対象人数を必ず記載すること。
- ※2 需用費には「消耗品費・燃料費・印刷製本費・光熱水費」等を記載すること。
- ※3 役務費には「通信運搬費・保険料・手数料」等を記載すること。
- ※4 委託を行う場合には委託先を記載すること。

事業計画書

法人グループ名：福岡県庁外国人介護人材確保グループ

【外国人介護人材確保強化事業】
(1) 送り出し国におけるマーケティング活動

実施する事業の事業計画書を作成してください。
別途、参考となる資料や類似する事業実績等がありましたら添付してください。

方法等	実 施 時 期	

(2) 海外現地の学校や送り出し機関との関係構築・連携強化

方法等	実 施 時 期	内 容

(3) 海外現地での説明会開催等の採用・広報活動

方法等	実 施 時 期	内 容
説明会開催	令和7年12月頃	外国人の雇用につなげるため、海外現地（インドネシア）の日本語学校を対象にした説明会を開催する。 ・場所 ○○会議室 ・実施内容 ①法人の取組概要・就労地域の概要に係る説明 ②対象介護施設の概要（雇用条件・メリット 等） ・対象 ○○日本語学校の学生50名 ・説明者 採用担当者：10名 ・その他 説明会に使用する宣材を作成（法人概要、地域のPRパンフレット）

(4) 海外現地での介護人材候補者に対する学習支援

方法等	実 施 時 期	内 容
学習支援の実施	令和7年12月頃	海外現地（インドネシア）での介護人材候補者に対して、介護の日本語等の学習支援を実施する。 ・場所 ○○会館 ・実施内容 ①介護の日本語講座 ・対象 海外現地での介護人材候補者：50名 ・説明者 学習支援担当者名：6名 ・その他 学習支援時に使用する教材作成

(5) その他海外現地における外国人介護人材確保のための取組

方法等	実 施 時 期	内 容

令和7年7月15日

福岡県知事 殿

(法人情報) 福岡県福岡市博多区東公園7番7号
所在地

名 称 社会福祉法人福岡県庁
(福岡県庁外国人介護人材確保グループ)

申請代表者 氏名 理事長 福岡 太郎

[illegible]

同 意 書

福岡県外国人介護人材確保強化事業費補助金の申請に関して、次のとおり同意します。

- 法人グループの名称は福岡県庁外国人介護人材確保グループとします。
- この法人グループは、外国人介護人材を確保する観点から、海外現地での働きかけを強化し、海外現地の学校との連携を強化するなど、現地での人材確保に資する取組を行い、外国人介護人材の受入促進を行うことを目的とします。
- 法人グループ内の申請代表者は社会福祉法人福岡県庁とし、申請代表者が一括して補助対象経費の支払を行い、一括して補助金の交付を受けることに同意します。
また、本事業に関する連絡は申請代表者に行うことに同意します。
- 福岡県外国人介護人材確保強化事業費補助金交付要綱及び福岡県外国人介護人材確保強化事業実施要領の内容を確認しており、申請書及び添付資料に記載した情報は偽りありません。
- 本事業の実施に関しては、法人グループ内で協議の上決定し、本事業を遂行するものとし、ます。
- 構成される法人グループ内に、同一関係の法人はありません。

**法人グループに構成されるすべての法人
分(申請代表者も含む)が必要です。**

所 在 地 福岡県福岡市博多区東公園7番7号

法 人 名 社会福祉法人福岡県庁

代表者名 理事長 福岡 太郎

(記名押印又は代表者による署名)

電算要綱様式第106号

債権者登録申出書

(変更・取消を行う債権者番号)

※変更・取消の場合は必ず記入してください。

※工事関係の場合…該当するものに○
(精算払用・前金払用・精算前金両用)

新規

申出の理由	新規	新規取引

福岡県 殿

日付 令和7年7月15日

住所 福岡県福岡市博多区東公園7-7

申出者名 社会福祉法人 福岡県庁 理事長 福岡 太郎

下記のとおり申出します。

(法人にあっては法人の名称と代表者肩書・氏名を必ず記入してください。)

※新規及び変更の場合は、1～5すべての項目を記入してください。3の電子メールアドレスについては、お持ちの方は記入してください。

※取消の場合は、1～3までの項目を記入してください。

1	(フリガナ) 名称	シャカイフクシホウジン フクオカケンチョウ 社会福祉法人 福岡県庁
---	--------------	--------------------------------------

名称……法人にあっては法人名のみを記入し、法人以外の団体・組合または屋号を有するものにあっては、その名称および代表するものの肩書と氏名を記入してください。

2	(フリガナ) 住所	〒 812-8577	福岡 県	福岡 市	博多 区
		東公園7-7			
		東公園7-7			
3	電話番号	092-643-3327	電子メールアドレス		k-kaigojinzai@pref.fukuoka.lg.jp

4	支払方法	口座振替（口座に自動入金）															
	金融機関名	福岡銀行				県庁内支店				金融機関コード		支店コード					
5										0	1	7	7	2	1	3	
	預金種別	普通預金				口座番号											
						99999999											
	口座名義人 （カタカナで記入）	シャカイフクシホウジン フクオカケンチョウ															

*金融機関情報
に記入誤りがない
よう十分に確認し
てください。
誤りがあった場合
は、再度申請書を
提出していただく
ことになり、支払
いが遅れる可能性
があります。

※支払い先として指定できる金融機関について

〔口座振替の場合〕

振替先の指定は県内、県外を問わずできますが、外国銀行および漁業協同組合の一部はできません。

〔隔地払の場合〕 ……金融機関名のみ記入

県内送金の換金場所… 福岡銀行・西日本シティ銀行・筑邦銀行・福岡中央銀行の本・支店および福岡県信用農業協同組合連合会・福岡県内各農業協同組合の本所・支店のみ (ただし出張所、代理店等はできません)

県外送金の換金場所… 口座振替に同じ(ただし、ゆうちょ銀行は直営店(出張所を含む)のみ可能です。ゆうちょ銀行以外の金融機関の出張所・代理店等はできません。)