

令和6年度京都府医療機関等物価高騰対策事業交付金申請書兼実績報告書

(申請日) 令和 年 月 日

京都府知事 西脇 隆俊 様

申請者に関する情報	フリガナ				
	法人名等 ※里親は里親氏名				
	代表者役職(理事長等)				
	フリガナ				
	代表者氏名				
	法人所在地(里親住所) ※番地や建物名まで記載してください。	〒	—	都道府県名	都・道・府・県
	※都道府県名から後を、番地や建物名まで記載してください。				
担当者(里親)氏名			担当者(里親)電話番号(内線等)		
連絡先メールアドレス					

【誓約事項】

下記について、相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。

※全ての項目がチェックされていないと申請できません。

- ☐ 本交付金交付要領に定める事項をいずれも遵守することを誓約します。
- ☐ 本交付金における収入及び支出等に係る証拠書類を10年間適切に整備し保管します。
- ☐ 本交付金の交付決定後、交付要件に違反する事実や申請書類の不正その他支給要件を満たさないことが発覚した場合は、交付金を返還します。
- ☐ 京都府知事から検査、報告又は是正のための措置の求めがあった場合はこれに応じます。
- ☐ 業種に係る営業等に必要の許可等を全て有しています。
- ☐ 代表者、役員又は従業員若しくは構成員等が、京都府暴力団排除条例第2条第4号に規定する暴力団員等又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者に該当せず、かつ、将来にわたっても該当しません。
また、上記の暴力団員等又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者が、経営に事実上参画していません。

申請内容

A 光熱費支援事業

	①施設名 ※里親は委託児童氏名 (複数人いる場合は全て記載してください。)	②施設種別	③定員 ※里親は児童ごとに 「1」を記入してください。	④申請額 (③×4,000円)
1				0 円
2				0 円
3				0 円
4				0 円
5				0 円
6				0 円
7				0 円
申請金額合計(a)			円	

＜施設＞

※令和7年1月1日時点の情報を記載してください。

※法人等が一括して複数施設を申請することができます。

(施設ごとに申請することも可能ですが、申請は法人名等で申請ください。)

※行が足りない場合は、適宜追加してください。

＜里親＞

※令和7年1月1日から3月31日までの

委託児童を記入してください。

(複数人いる場合は全て記載してください。)

【添付資料】

- ・ (別紙) 口座振替依頼書
- ・ 振込先口座の通帳の写し(表紙裏の口座名義がカタカナで記載されているページ及び表の口座名義人が記載されているページ)

【申立事項】

下記の通り相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。

※全ての項目がチェックされないと申請できません。

- ☐ 申請する事業所については、令和7年1月1日から令和7年3月31日までの期間において、継続して当該施設を設置し、事業を行います。
- ☐ 本交付金における別表2の区分において、他の区分と重複の申請を行っていません。
- ☐ 上記申請内容に相違ありません。

令和6年度京都府医療機関等物価高騰対策事業交付金申請書兼実績報告書

(申請日) 令和 年 月 日

京都府知事 西脇 隆俊 様

申請者に関する情報	フリガナ			
	法人名等			
	代表者役職(理事長等)			
	フリガナ			
	代表者氏名			
	法人所在地 ※番地や建物名まで記載してください。	〒	都道府県名	都・道・府・県
	担当者氏名	担当者電話番号(内線等)		
連絡先メールアドレス				

【誓約事項】

下記について、相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。

※全ての項目がチェックされていないと申請できません。

- ☐ 本交付金交付要領に定める事項をいずれも遵守することを誓約します。
- ☐ 本交付金における収入及び支出等に係る証拠書類を10年間適切に整備し保管します。
- ☐ 本交付金の交付決定後、交付要件に違反する事実や申請書類の不正その他支給要件を満たさないことが発覚した場合は、交付金を返還します。
- ☐ 京都府知事から検査、報告又は是正のための措置の求めがあった場合はこれに応じます。
- ☐ 業種に係る営業等に必要な許可等を全て有しています。
- 代表者、役員又は従業員若しくは構成員等が、京都府暴力団排除条例第2条第4号に規定する暴力団員等又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者に該当せず、かつ、将来にわたっても該当しません。
- また、上記の暴力団員等又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者が、経営に事実上参画していません。

申請内容

A 光熱費支援事業

	①事業所・施設名	②介護保険事業所番号 (10桁) 事業所番号がない場合は 9999999999を入力	③サービス種別	入所・通所系		⑤単価	⑥申請額 入所・通所： ④×⑤ 訪問：1×⑤
				④定員	④のうち 短期 入所の 定員数		
1							円
2							円
3							円
4							円
5							円
6							円
7							円
光熱費小計(a)							円

B 食材費支援事業

	①事業所・施設名	②介護保険事業所番号 (10桁) 事業所番号がない場合は 9999999999を入力	③サービス種別	④定員	④のうち 短期 入所の 定員数	⑤単価	⑥申請額 (④×⑤)
1							円
2							円
3							円
4							円
食材費小計(b)							円

※令和7年1月1日時点の情報を記載してください。

※法人等が一括して複数施設を申請することができます。

(施設ごとに申請することも可能ですが、申請は法人名等で申請ください。)

※行が足りない場合は、適宜追加してください。

申請額合計
(a+b)

円

【添付資料】

- ・（別紙）口座振替依頼書
- ・ 振込先口座の通帳の写し（表紙裏の口座名義がカタカナで記載されているページ及び表の口座名義人が記載されているページ）

【申立事項】

下記の通り相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。

※全ての項目がチェックされないと申請できません。

- ☐ 申請する事業所については、事業の対象期間において、継続して当該施設を設置し、介護サービス等の提供を行っています。
- ☐ 本交付金における別表2の区分において、他の区分と重複の申請を行っていません。
- ☐ 上記申請内容に相違ありません。

令和6年度京都府医療機関等物価高騰対策事業交付金申請書兼実績報告書

(申請日) 令和 年 月 日

京都府知事 西脇 隆俊 様

申請者に関する情報	法人	フリガナ			
		法人名			
		代表者役職（理事長等）			
		フリガナ			
	個人	代表者氏名			
		フリガナ			
		氏名（事業主）			
		法人所在地 又は 事業主住所	〒	—	都道府県名
※都道府県名から後を、番地や建物名まで記載してください。					
担当者氏名			担当者電話番号（内線等）		
連絡先メールアドレス					

【誓約事項】

下記について、相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。

※全ての項目がチェックされていないと申請できません。

- ☐ 本交付金交付要領に定める事項をいずれも遵守することを誓約します。
- ☐ 本交付金における収入及び支出等に係る証拠書類を10年間適切に整備し保管します。
- ☐ 本交付金の交付決定後、交付要件に違反する事実や申請書類の不正その他支給要件を満たさないことが発覚した場合は、交付金を返還します。
- ☐ 京都府知事から検査、報告又は是正のための措置の求めがあった場合はこれに応じます。
- ☐ 業種に係る営業等に必要な許可等を全て有しています。

代表者、役員又は従業員若しくは構成員等が、京都府暴力団排除条例第2条第4号に規定する暴力団員等又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者に該当せず、かつ、将来にわたっても該当しません。

また、上記の暴力団員等又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者が、経営に事実上参画していません。

申請内容

A 光熱費支援事業

	①施術所名	② 「柔道整復」 「あはき」 「あはき・柔整」 の区分	③申請額 (1施設当たり30,000円)
1			円
2			円
3			円
4			円
5			円
6			円
7			円
申請金額合計			円

※令和7年1月1日時点の情報を記載してください。

※法人等が一括して複数施設を申請することができます。

(施設ごとに申請することも可能ですが、申請は法人名等で申請ください。)

※行が足りない場合は、適宜追加してください。

【添付資料】

- ・（別紙）口座振替依頼書
- ・ 振込先口座の通帳の写し（表紙裏の口座名義がカタカナで記載されているページ及び表の口座名義人が記載されているページ）

【申立事項】

下記の通り相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。

※全ての項目がチェックされないと申請できません。

- ☐ 申請する事業所については、令和7年1月1日から令和7年3月31日までの期間において、継続して当該施設を設置し、診療等の提供を行っています。
- ☐ 本交付金における別表2の区分において、他の区分と重複の申請を行っていません。
- ☐ 上記申請内容に相違ありません。

令和6年度京都府医療機関等物価高騰対策事業交付金申請書兼実績報告書

(申請日) 令和 年 月 日

京都府知事 西脇 隆俊 様

申請者に関する情報	法人	フリガナ				
		法人名				
		代表者役職(理事長等)				
	個人	フリガナ				
		代表者氏名				
		フリガナ				
	個人	氏名(事業主)				
		法人所在地 又は 事業主住所	〒	—	都道府県名	都・道・府・県
※都道府県名から後を、番地や建物名まで記載してください。						
担当者氏名			担当者電話番号(内線等)			
連絡先メールアドレス						

【誓約事項】

下記について、相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。
※全ての項目がチェックされていないと申請できません。

- ☐ 本交付金交付要領に定める事項をいずれも遵守することを誓約します。
- ☐ 本交付金における収入及び支出等に係る証拠書類を10年間適切に整備し保管します。
- ☐ 本交付金の交付決定後、交付要件に違反する事実や申請書類の不正その他支給要件を満たさないことが発覚した場合は、交付金を返還します。
- ☐ 京都府知事から検査、報告又は是正のための措置の求めがあった場合はこれに応じます。
- ☐ 業種に係る営業等に必要な許可等を全て有しています。

代表者、役員又は従業員若しくは構成員等が、京都府暴力団排除条例第2条第4号に規定する暴力団員等又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者に該当せず、かつ、将来にわたっても該当しません。

また、上記の暴力団員等又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者が、経営に事実上参画していません。

申請内容

	①歯科技工所名	②単価	③申請額 (1施設あたり10,000円)
1			円
2			円
3			円
4			円
5			円
6			円
7			円
申請金額合計		円	

※令和7年1月1日時点の情報を記載してください。

※法人等が一括して複数施設を申請することができます。

(施設ごとに申請することも可能ですが、申請は法人名等で申請ください。)

※行が足りない場合は、適宜追加してください。

【添付資料】

- ・ （別紙）口座振替依頼書
- ・ 振込先口座の通帳の写し（表紙裏の口座名義がカタカナで記載されているページ及び表の口座名義人が記載されているページ）

【申立事項】

下記の通り相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。

※全ての項目がチェックされないと申請できません。

- ☐ 申請する事業所については、令和7年1月1日から令和7年3月31日までの期間において、継続して当該施設を設置し、歯科技工物等の提供を行っています。
- ☐ 本交付金における別表2の区分において、他の区分と重複の申請を行っていません。
- ☐ 上記申請内容に相違ありません。

京都府知事 西脇 隆俊 様

申請者に関する情報	法人	フリガナ			
		法人名			
		代表者役職(理事長等)			
		フリガナ			
	個人	代表者氏名			
		フリガナ			
		氏名(事業主)			
		法人所在地 又は 事業主住所	〒	—	都道府県名
※都道府県名から後を、番地や建物名まで記載してください。					
担当者氏名			担当者電話番号(内線等)		
連絡先メールアドレス					

【誓約事項】

下記について、相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。

※全ての項目がチェックされていないと申請できません。

- ☐ 本交付金交付要領に定める事項をいずれも遵守することを誓約します。
- ☐ 本交付金における収入及び支出等に係る証拠書類を10年間適切に整備し保管します。
- ☐ 本交付金の交付決定後、交付要件に違反する事実や申請書類の不正その他支給要件を満たさないことが発覚した場合は、交付金を返還します。
- ☐ 京都府知事から検査、報告又は是正のための措置の求めがあった場合はこれに応じます。
- ☐ 業種に係る営業等に必要な許可等を全て有しています。

☐ 代表者、役員又は従業員若しくは構成員等が、京都府暴力団排除条例第2条第4号に規定する暴力団員等又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者に該当せず、かつ、将来にわたっても該当しません。

また、上記の暴力団員等又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者が、経営に事実上参画していません。

申請内容

A 光熱費支援事業

	①助産所名	②単価	③申請額 (1施設あたり30千円)
1			円
2			円
3			円
4			円
5			円
6			円
7			円
申請金額合計		円	

※令和7年1月1日時点の情報を記載してください。

※法人等が一括して複数施設を申請することができます。

(施設ごとに申請することも可能ですが、申請は法人名等で申請ください。)

※行が足りない場合は、適宜追加してください。

【添付資料】

- ・ （別紙）口座振替依頼書
- ・ 振込先口座の通帳の写し（表紙裏の口座名義がカタカナで記載されているページ及び表の口座名義人が記載されているページ）

【申立事項】

下記の通り相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。

※全ての項目がチェックされないと申請できません。

- ☐ 申請する事業所については、令和7年1月1日から令和7年3月31日までの期間において、継続して当該施設を設置し、助産師業務の提供を行っています。
- ☐ 本交付金における別表2の区分において、他の区分と重複の申請を行っていません。
- ☐ 上記申請内容に相違ありません。

令和6年度京都府医療機関等物価高騰対策事業交付金申請書兼実績報告書

(申請日) 令和 年 月 日

京都府知事 西脇 隆俊 様

申請者に関する情報	フリガナ				
	法人名等				
	代表者役職(理事長等)				
	フリガナ				
	代表者氏名				
	法人所在地 ※番地や建物名まで記載してください。	〒	—	都道府県名	都・道・府・県
	担当者氏名	担当者電話番号(内線等)			
連絡先メールアドレス					

【誓約事項】

下記について、相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。

※全ての項目がチェックされていないと申請できません。

- ☐ 本交付金交付要領に定める事項をいずれも遵守することを誓約します。
- ☐ 本交付金における収入及び支出等に係る証拠書類を10年間適切に整備し保管します。
- ☐ 本交付金の交付決定後、交付要件に違反する事実や申請書類の不正その他支給要件を満たさないことが発覚した場合は、交付金を返還します。
- ☐ 京都府知事から検査、報告又は是正のための措置の求めがあった場合はこれに応じます。
- ☐ 業種に係る営業等に必要な許可等を全て有しています。
- 代表者、役員又は従業員若しくは構成員等が、京都府暴力団排除条例第2条第4号に規定する暴力団員等又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者に該当せず、かつ、将来にわたっても該当しません。
- また、上記の暴力団員等又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者が、経営に事実上参画していません。

申請内容

A 光熱費支援事業

	①事業所・施設名	②事業所番号 (10桁)	③サービス種別	入所・通所系		⑤単価	⑥申請額 入所・通所： ④×⑤ 訪問：1×⑤
				④定員	④のうち短期入所の定員数		
1							円
2							円
3							円
4							円
5							円
6							円
7							円
光熱費小計(a)							円

B 食料費支援事業

	①事業所・施設名	②サービス種別	③定員	④単価	⑤申請額 (③×④)
1					円
2					円
3					円
4					円
食料費小計(b)					円

※令和7年1月1日時点の情報を記載してください。

※法人等が一括して複数施設を申請することができます。

(施設ごとに申請することも可能ですが、申請は法人名等で申請ください。)

※行が足りない場合は、適宜追加してください。

申請額合計
(a+b)

円

【添付資料】

- ・ （別紙）口座振替依頼書
- ・ 振込先口座の通帳の写し（表紙裏の口座名義がカタカナで記載されているページ及び表の口座名義人が記載されているページ）

【申立事項】

下記の通り相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。

※全ての項目がチェックされないと申請できません。

- ☐ 申請する事業所については、事業の対象期間において、継続して当該施設を設置し、サービス等の提供を行っています。
- ☐ 本交付金における別表2の区分において、他の区分と重複の申請を行っていません。
- ☐ 上記申請内容に相違ありません。

京都府知事 西脇 隆俊 様

申請者に関する情報	法人	フリガナ				
		法人名				
		代表者役職(理事長等)				
	個人	フリガナ				
		代表者氏名				
		フリガナ				
		氏名				
	法人所在地又は事業主住所 ※番地や建物名まで記載してください。	〒	-	都道府県名	都・道・府・県	
	※都道府県名から後を、番地や建物名まで記載してください。					
	担当者氏名				担当者電話番号(内線等)	
	連絡先メールアドレス					

【誓約事項】

下記について、相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。

※全ての項目がチェックされていないと申請できません。

- ☐ 本交付金交付要領に定める事項をいずれも遵守することを誓約します。
- ☐ 本交付金における収入及び支出等に係る証拠書類を10年間適切に整備し保管します。
- ☐ 本交付金の交付決定後、交付要件に違反する事実や申請書類の不正その他支給要件を満たさないことが発覚した場合は、交付金を返還します。
- ☐ 京都府知事から検査、報告又は是正のための措置の求めがあった場合はこれに応じます。
- ☐ 業種に係る営業等に必要な許可等を全て有しています。
- 代表者、役員又は従業員若しくは構成員等が、京都府暴力団排除条例第2条第4号に規定する暴力団員等又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者に該当せず、かつ、将来にわたっても該当しません。
- ☐ また、上記の暴力団員等又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者が、経営に事実上参画していません。

申請内容

A 光熱費支援事業

*③の病床数については、病院・診療所(有床:6床以上)は稼働病床数を記載すること。

①施設名 医療機関コード	②分類	③ 病床数	④ 単価	歯科診療所加算		⑥申請額 (③×④)+⑤
				(1)障害者手帳所持の患者の診療した場合又は (2)重度な障がい者を診療し、特別対応加算 請求をした場合	⑤歯科診療所への 加算額	
1						円
2						円
光熱費小計(a)			円			

B 食材費支援事業

①施設名 医療機関コード	②分類	③ 病床数	④ 単価	⑤申請額 (③×④)
1				円
2				円
食材費小計(b)			円	

※令和7年1月1日時点の情報

を記載してください。

※法人等が一括して複数施設を申請することができます。

(施設ごとに申請することも可能ですが、申請は法人名等で申請ください。)

※行が足りない場合は、適宜追加してください。

【添付資料】

- ・(別紙)口座振替依頼書
- ・振込先口座の通帳の写し(表紙裏の口座名義がカタカナで記載されているページ及び表の口座名義人が記載されているページ)

【申立事項】

下記の通り相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。

※全ての項目がチェックされないと申請できません。

- ☐ 申請する事業所については、事業の対象期間において、継続して当該施設を設置し、診療等の提供を行っています。
- ☐ 本交付金における業種区分において、他の業種区分と重複の申請を行っていません。
- ☐ 上記申請内容に相違ありません。

申請額合計
(a+b)

円

令和 6 年度京都府医療機関等物価高騰対策事業交付金申請書兼実績報告書

(申請日) 令和 年 月 日

京都府知事 西脇 隆俊 様

申請者に関する情報	フリガナ				
	法人名等				
	代表者役職(理事長等)				
	フリガナ				
	代表者氏名				
	法人所在地 ※番地や建物名まで記載してください。	〒	—	都道府県名	都・道・府・県
	※都道府県名から後を、番地や建物名まで記載してください。				
担当者氏名			担当者電話番号(内線等)		
連絡先メールアドレス					

【誓約事項】

下記について、相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。

※全ての項目がチェックされていないと申請できません。

- ☐ 本交付金交付要領に定める事項をいずれも遵守することを誓約します。
- ☐ 本交付金における収入及び支出等に係る証拠書類を10年間適切に整備し保管します。
- ☐ 本交付金の交付決定後、交付要件に違反する事実や申請書類の不正その他支給要件を満たさないことが発覚した場合は、交付金を返還します。
- ☐ 京都府知事から検査、報告又は是正のための措置の求めがあった場合はこれに応じます。

☐ 業種に係る営業等に必要な許可等を全て有しています。

☐ 代表者、役員又は従業員若しくは構成員等が、京都府暴力団排除条例第2条第4号に規定する暴力団員等又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者に該当せず、かつ、将来にわたっても該当しません。

また、上記の暴力団員等又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者が、経営に事実上参画していません。

申請内容

A 光熱費支援事業

	①施設名	②施設種別	③定員	④申請額 定員により 20千円・60千円・200千円
1				円
2				円
3				円
4				円
5				円
6				円
7				円
申請金額合計(a)			円	

B 食材費支援事業

	①施設名	②施設種別	③定員	④申請額 (③×260円)
1	0	0	人	0 円
2	0	0	人	0 円
3	0	0	人	0 円
4	0	0	人	0 円
5	0	0	人	0 円
6	0	0	人	0 円
7	0	0	人	0 円
申請金額合計(b)			円	

※令和7年1月1日時点の情報を記載してください。

※法人等が一括して複数施設を申請することができます。

(施設ごとに申請することも可能ですが、申請は法人名等で申請ください。)

※行が足りない場合は、適宜追加してください。

申請金額合計 (a+b)		円
-----------------	--	---

【添付資料】

- ・（別紙）口座振替依頼書
- ・ 振込先口座の通帳の写し（表紙裏の口座名義がカタカナで記載されているページ及び表の口座名義人が記載されているページ）

【申立事項】

下記の通り相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。

※全ての項目がチェックされないと申請できません。

- ☐ 申請する事業所については、令和7年1月1日から令和7年3月31日までの期間において、継続して当該施設を設置し、保育等の提供を行います。
- ☐ 本交付金における別表2の区分において、他の区分と重複の申請を行っていません。
- ☐ 上記申請内容に相違ありません。

令和6年度京都府医療機関等物価高騰対策事業交付金申請書兼実績報告書

(申請日) 令和 年 月 日

京都府知事 西脇 隆俊 様

申請者に関する情報	法人	フリガナ			
		法人名等			
		代表者役職（理事長等）			
		フリガナ			
	個人	代表者氏名			
		フリガナ			
		氏名（事業主）			
		法人所在地 又は 事業主住所	〒	—	都道府県名
※都道府県名から後を、番地や建物名まで記載してください。					
担当者氏名			担当者電話番号		
連絡先メールアドレス					

【誓約事項】

下記について、相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。

※全ての項目がチェックされていないと申請できません。

- ☐ 本交付金交付要領に定める事項をいずれも遵守することを誓約します。
- ☐ 本交付金における収入及び支出等に係る証拠書類を10年間適切に整備し保管します。
- ☐ 本交付金の交付決定後、交付要件に違反する事実や申請書類の不正その他支給要件を満たさないことが発覚した場合は、交付金を返還します。
- ☐ 京都府知事から検査、報告又は是正のための措置の求めがあった場合はこれに応じます。
- ☐ 業種に係る営業等に必要な許可等を全て有しています。

代表者、役員又は従業員若しくは構成員等が、京都府暴力団排除条例第2条第4号に規定する暴力団員等又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者に該当せず、かつ、将来にわたっても該当しません。

また、上記の暴力団員等又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者が、経営に事実上参画していません。

申請内容

	①薬局名	②保険医療機関コード (10桁)	③単価	④申請額 (1施設あたり10千円)
1				円
2				円
3				円
4				円
5				円
6				円
7				円
申請金額合計			円	

※令和7年1月1日時点の情報を記載してください。

※法人等が一括して複数施設を申請することができます。

(施設ごとに申請することも可能ですが、申請は法人名等で申請ください。)

※行が足りない場合は、適宜追加してください。

【添付資料】

- ・ （別紙）口座振替依頼書
- ・ 振込先口座の通帳の写し（表紙裏の口座名義がカタカナで記載されているページ及び表の口座名義人が記載されているページ）

【申立事項】

下記の通り相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。

※全ての項目がチェックされないと申請できません。

- ☐ 申請する事業所については、令和7年1月1日から令和7年3月31日までの期間において、継続して当該施設を設置し、調剤等の提供を行っています。
- ☐ 本交付金における別表2の区分において、他の区分と重複の申請を行っていません。
- ☐ 上記申請内容に相違ありません。

口座振替依頼書

令和 年 月 日

京都府知事 様

申請者 所在地（法人所在地等）

〒

名称（法人名等）

名称

代表者職・氏名

役職

氏名

※ 所在地・代表者・口座情報等の変更等があれば、根拠資料等を添付の上、再提出すること

令和6年度京都府医療機関等物価高騰対策事業交付金については、下記口座に振り込んでください。

金融機関名		
支店名		
口座種別		
口座番号		
口座名義人 (通帳表紙に記載されている口座名義人)		
口座名義 (通帳表紙裏に記載されているカタカナの口座名義)		

※ 口座情報に誤りがあると振込不能となりますので、十分に確認の上記入願います。

※ ゆうちょ銀行の場合は、他の金融機関からの振込の際に利用する「店名・預金種目・口座番号」を記入願います。

※ 口座名義人欄には通帳表紙に記載されている口座名義人を記入願います。

※ 口座名義(半角カナ)欄には通帳表紙裏に記載されているカタカナの口座名義を記入願います。

※ 口座名義(半角カナ)欄に該当の略称がない場合、「-」を選択してください。

委任状

口座名義人が申請者（法人代表者等）と異なる場合等は必ず記載してください。

令和 年 月 日

委任者（申請者）

名称（法人名等※1）	
代表者役職	
氏 名（※2）	印

令和6年度京都府医療機関等物価高騰対策事業交付金の受領に関する権限を下記の者に委任します。

受任者（口座名義人）

住 所	
氏 名（※3）	

※1：個人の場合は記載不要

※2：法人の代表者（理事長・代表役員等）の印を押印すること（施設長の印は不可）

※3：口座名義人を転記

保険医療機関名:

生産性向上・職場環境整備等支援事業申請書

生産性向上・職場環境整備等支援事業について、次のとおり申請します。

【申請額】

病床数	×	給付額 40,000円	=	申請額 0円
-----	---	----------------	---	-----------

【対象施設であることの申出】※該当する要件にチェックを入れること

- ☐ 令和7年2月1日時点において、別紙に掲げる診療報酬のいずれかを届け出ている。
- ☐ 令和7年3月31日時点において、別紙に掲げる診療報酬のいずれかを届け出る見込みである。

【生産性向上・職場環境整備等の実施内容及び申請額】

- ☐ ①タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入

	設備名	①に要する申請額
導入設備		
合計		0円

- ☐ ②医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト/シェア

②に要する申請額	
----------	--

- ☐ ③処遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善

③に要する申請額	
----------	--

①+②+③	0円
-------	----

数値チェック

○

事務担当者名:

電話番号:

メールアドレス

チェック欄に「✓」を付すこと。(複数選択可)

項目	チェック
0100 外来・在宅ベースアップ評価料 (I)	☐
P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I)	☐
0102 入院ベースアップ評価料 (医科)	☐
P102 入院ベースアップ評価料 (歯科)	☐
訪問看護ベースアップ評価料 (I)	☐

京都府知事 殿

保険医療機関名:

生産性向上・職場環境整備等支援事業申請書

生産性向上・職場環境整備等支援事業について、次のとおり申請します。

【申請額】

申請額
180,000円

【対象施設であることの申出】※該当する要件にチェックを入れること

- ☐ 令和7年2月1日時点において、別紙に掲げる診療報酬のいずれかを届け出ている。
- ☐ 令和7年3月31日時点において、別紙に掲げる診療報酬のいずれかを届け出る見込みである。

【生産性向上・職場環境整備等の実施内容及び申請額】

- ☐ ①タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入

導入設備	設備名	①に要する申請額
合計		0円

- ☐ ②医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト/シェア

②に要する申請額	0円
----------	----

- ☐ ③処遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善

③に要する申請額	
----------	--

①+②+③	0円
-------	----

数値チェック

×

事務担当者名:

電話番号:

メールアドレス

チェック欄に「✓」を付すこと。(複数選択可)

項目	チェック
0100 外来・在宅ベースアップ評価料 (1)	☐
P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (1)	☐
訪問看護ベースアップ評価料 (1)	☐

保険医療機関名:

〇〇病院

生産性向上・職場環境整備等支援事業申請書

生産性向上・職場環境整備等支援事業について、次のとおり申請します。

【申請額】

病床数	×	給付額	=	申請額
100床		40,000円		4,000,000円

【対象施設であることの申出】※該当する要件にチェックを入れること

- ☒ 令和7年2月1日時点において、別紙に掲げる診療報酬のいずれかを届け出ている。
- ☐ 令和7年3月31日時点において、別紙に掲げる診療報酬のいずれかを届け出る見込みである。

【生産性向上・職場環境整備等の実施内容及び申請額】

- ☒ ①タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入

	設備名	①に要する申請額
導入設備	離床センサー	1,000,000円
	タブレット端末	2,000,000円
合計		3,000,000円

- ☒ ②医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト/シェア

②に要する申請額	500,000円
----------	----------

- ☒ ③処遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善

③に要する申請額	500,000円
----------	----------

①+②+③	4,000,000円
-------	------------

数値チェック

○

事務担当者名:

電話番号:

メールアドレス

京都府知事 殿

保険医療機関名：

〇〇クリニック

生産性向上・職場環境整備等支援事業申請書

生産性向上・職場環境整備等支援事業について、次のとおり申請します。

【申請額】

申請額
180,000円

【対象施設であることの申出】※該当する要件にチェックを入れること

- ☒ 令和7年2月1日時点において、別紙に掲げる診療報酬のいずれかを届け出ている。
- ☐ 令和7年3月31日時点において、別紙に掲げる診療報酬のいずれかを届け出る見込みである。

【生産性向上・職場環境整備等の実施内容及び申請額】

- ☒ ①タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入

導入設備	設備名	①に要する申請額
	タブレット端末	120,000円
	合計	120,000円

- ☐ ②医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト／シェア

②に要する申請額	0円
----------	----

- ☒ ③処遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善

③に要する申請額	60,000円
----------	---------

①+②+③	180,000円
-------	----------

数値チェック

○

事務担当者名：

電話番号：

メールアドレス

保険医療機関名:

生産性向上・職場環境整備等支援事業実績報告書

生産性向上・職場環境整備等支援事業について、次のとおり報告します。

【支出額】

支出額

【対象施設であることの申出】※該当する要件にチェックを入れること

- ☐ 令和7年3月31日時点において、別紙に掲げる診療報酬のいずれかを届け出た。

【生産性向上・職場環境整備等の実施内容及び支出額】

- ☐ ①タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入

	設備名	①に要する支出額
導入設備		
合計		0円

- ☐ ②医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト/シェア

②に要する支出額	
----------	--

- ☐ ③処遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善

③に要する支出額	
----------	--

①+②+③	0円
-------	----

数値チェック

○

事務担当者名:

電話番号:

メールアドレス

チェック欄に「✓」を付すこと。(複数選択可)

項目	チェック
0100 外来・在宅ベースアップ評価料 (I)	☐
P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I)	☐
0102 入院ベースアップ評価料 (医科)	☐
P102 入院ベースアップ評価料 (歯科)	☐
訪問看護ベースアップ評価料 (I)	☐

京都府知事 殿

保険医療機関名:

生産性向上・職場環境整備等支援事業実績報告書

生産性向上・職場環境整備等支援事業について、次のとおり報告します。

【支出額】

支出額

【対象施設であることの申出】※該当する要件にチェックを入れること

- ☐ 令和7年3月31日時点において、別紙に掲げる診療報酬のいずれかを届け出た。

【生産性向上・職場環境整備等の実施内容及び支出額】

- ☐ ①タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入

	設備名	①に要する支出額
導入設備		
合計		0円

- ☐ ②医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト/シェア

②に要する支出額	0円
----------	----

- ☐ ③処遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善

③に要する支出額	
----------	--

①+②+③	0円
-------	----

数値チェック

○

事務担当者名:

電話番号:

メールアドレス:

チェック欄に「✓」を付すこと。(複数選択可)

項目	チェック
0100 外来・在宅ベースアップ評価料 (1)	☐
P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (1)	☐
訪問看護ベースアップ評価料 (1)	☐

保険医療機関名:

〇〇病院

生産性向上・職場環境整備等支援事業実績報告書

生産性向上・職場環境整備等支援事業について、次のとおり報告します。

【支出額】

支出額
4,000,000円

【対象施設であることの申出】※該当する要件にチェックを入れること

- ☒ 令和7年3月31日時点において、別紙に掲げる診療報酬のいずれかを届け出た。

【生産性向上・職場環境整備等の実施内容及び支出額】

- ☒ ①タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入

	設備名	①に要する支出額
	タブレット端末	2,000,000円
導入設備		
合計		2,000,000円

- ☒ ②医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト/シェア

②に要する支出額	1,000,000円
----------	------------

- ☒ ③処遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善

③に要する支出額	1,000,000円
----------	------------

①+②+③	4,000,000円
-------	------------

数値チェック

○

事務担当者名:

電話番号:

メールアドレス

京都府知事 殿

保険医療機関名:

〇〇クリニック

生産性向上・職場環境整備等支援事業実績報告書

生産性向上・職場環境整備等支援事業について、次のとおり報告します。

【支出額】

支出額
180,000円

【対象施設であることの申出】※該当する要件にチェックを入れること

- ☒ 令和7年3月31日時点において、別紙に掲げる診療報酬のいずれかを届け出た。

【生産性向上・職場環境整備等の実施内容及び支出額】

- ☒ ①タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入

導入設備	設備名	①に要する支出額
	タブレット端末	100,000円
	合計	100,000円

- ☐ ②医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト/シェア

②に要する支出額	0円
----------	----

- ☒ ③処遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善

③に要する支出額	80,000円
----------	---------

①+②+③	180,000円
-------	----------

数値チェック

○

事務担当者名:

電話番号:

メールアドレス

計画書(介護人材確保・職場環境改善等事業、介護職員等処遇改善加算)
基本情報入力シート

別紙様式2

●はじめに本シート(基本情報入力シート)の黄色セルに入力することで、申請対象となる事業所等に関する基本的な情報が、各シートに自動的に転記されます。

【重要】

①本計画書は、介護保険事業費補助金(介護人材確保・職場環境改善等事業)(以下「補助金」という。)及び介護職員等処遇改善加算(以下「処遇改善加算」という。)の共通様式です。

②処遇改善加算を申請する場合は、各事業所の指定権者に別紙様式2-1、2-2を、補助金を申請する場合は、各事業所の所在する都道府県に別紙様式2-3、2-4を、それぞれ提出してください。その際、補助金の申請事務を都道府県が外部委託している場合もございますので、必ず都道府県のホームページをご確認ください。

●自動転記の仕組みを活用するため、下記の作業フローに基づき、シートを完成させてください。

本計画書を用いて、処遇改善加算のみの申請を行う場合、別紙様式2-3及び2-4の入力は不要です。

●本計画書は、提出先ごとに個票の内容を変えずに提出することが可能です。

処遇改善加算を申請する際は、「提出の目的」を「加算様式を指定権者に提出」とし、「加算様式の提出先」に記入した上で、指定権者に別紙様式2-1、2-2を提出してください。

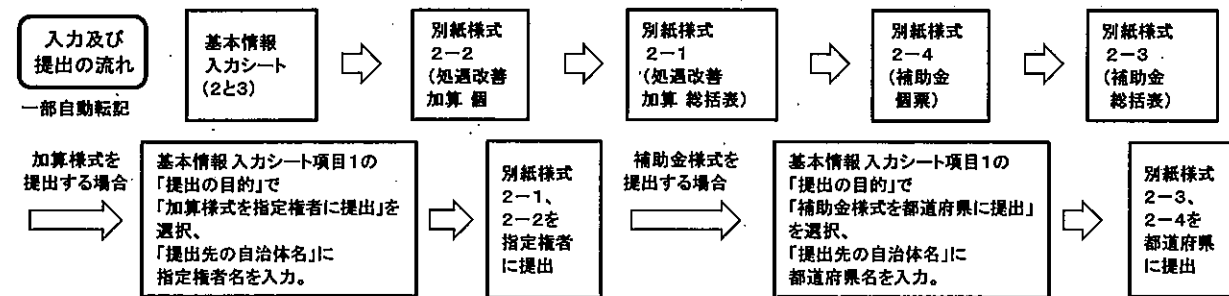
その際、様式2-3、2-4は自動的にグレーアウトされるようになっていきますので、シートの削除は不要です。

●その後、補助金を申請する際は、「提出の目的」を「補助金様式を都道府県に提出」とし、「補助金様式の提出先」に記入した上で、都道府県に別紙様式2-3、2-4を提出してください。

この場合も同様に、その他の様式シート(別紙様式2-1、2-2)の削除は不要です。

●「提出先の自治体名」を記入すると、別紙2-1から2-4までの「提出先」欄も、自動で更新されます。

提出先が正しく記入されていることを必ずご確認ください。



1 提出の目的と提出先の自治体名

提出の目的	補助金様式を都道府県に提出
提出先の自治体名	加算様式の提出先(例:〇〇県、 〇〇市、〇〇町、〇〇広域連合)
	補助金様式の提出先(例:〇〇県)
	東京都

※上記「入力の流れ」に沿って必要事項を入力した後に、「提出の目的」を選択し、提出先の自治体名を選択・記載してください。

加算と補助金両方を申請する場合、「加算様式を自治体に提出」を選択し、加算様式の提出先を記載した媒体と

「補助金様式を都道府県に提出」を選択し、補助金様式の提出先を記載した媒体をそれぞれ作成してください。

審査事務の円滑化のため、選択していない様式は、グレーアウトされるようになっていきます。

再度全ての様式を確認したい場合は、「提出の目的」で空欄を選択してください。

2 基本情報

下表に必要事項を入力してください。記入内容が各様式に反映されます。

法人名	フリガナ	〇〇ケアサービス
	名称	〇〇ケアサービス
法人住所	〒	100 - 0005
	住所1(番地・住居番号まで)	東京都千代田区1-1-1
	住所2(建物名等)	〇〇ビル〇〇号室
法人代表者	職名	代表取締役
	氏名	厚労 花子
法人番号		1234567891234
書類作成担当者	フリガナ	コウロウ タロウ
	氏名	厚労 太郎
連絡先	電話番号	000-0000-0000
	E-mail	aaa@aaa.com

3 補助金及び処遇改善加算の対象事業所に関する情報

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2-2及び別紙様式2-4に反映されます。

※「一月あたり介護報酬総単位数[単位]」は、一月あたり介護報酬総単位数として見込まれる単位数を、前年7月から12月までの6か月間の介護報酬総単位数(処遇改善加算等の各種加算減算を含む。)を6で除するなどの適切な方法によって推計し、事業所ごとに記載してください。

また、「一月あたり処遇改善加算の加算単位数[単位]」は、前年7月から12月までの処遇改善加算の単位数の合計を6で除するなどの方法によって推計し、事業所ごとに記載してください。

なお、令和7年度に事業拡大等に伴う単位数の増減が見込まれる場合には、加算についての適切な計画を策定するため、それらの増減の見込を反映させる等の調整を行っても差し支えありません。

※介護予防や短期利用型サービス含め、記入漏れがないことを確認しました。

○

番号	介護保険事業所番号	指定種別名	事業所の所在地		事業所名	サービス名	サービスコード	一月あたり介護報酬総単位数[単位]	一月あたり処遇改善加算の加算単位数[単位]	一月あたり介護報酬総単位数(処遇改善加算を除く)[単位]	1単位あたりの単価(地域単価)[円]	介護人材確保・職場環境改善等事業を申請予定
			都道府県	市区町村								
1	111111111	東京都	東京都	千代田区	〇〇ホームヘルプ	訪問介護	11	1,000,000	250,000	750,000	11.40	○
2	222222222	東京都	東京都	千代田区	××ホームヘルプ	訪問介護	11	1,000,000	250,000	750,000	11.40	○
3	333333333	東京都	東京都	千代田区	△△ホームヘルプ	訪問介護	11	1,000,000	250,000	750,000	11.40	○
4	444444444	東京都	東京都	千代田区	■□ホームヘルプ	訪問介護	11	1,000,000	250,000	750,000	11.40	○
5	111111111	千代田区	東京都	千代田区	◇◇ホームヘルプ	夜間対応型訪問介護	71	1,000,000	250,000	750,000	11.40	○
6	111111112	千代田区	東京都	千代田区	〇〇定巡	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	76	1,000,000	250,000	750,000	11.40	○
7	111111113	東京都	東京都	千代田区	〇〇訪問入浴介護	訪問入浴介護	12	1,000,000	250,000	750,000	11.40	○
8	111111114	東京都	東京都	千代田区	〇〇訪問入浴介護	介護予防訪問入浴介護	62	1,000,000	250,000	750,000	11.40	○
9	111111115	東京都	東京都	千代田区	〇〇デイケア	通所介護	15	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
10	111111116	千代田区	東京都	千代田区	〇〇デイケア	地域密着型通所介護	78	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
11	111111117	東京都	東京都	千代田区	〇〇リハ	通所リハビリテーション	16	1,000,000	250,000	750,000	11.10	○
12	111111118	東京都	東京都	千代田区	〇〇リハ	介護予防通所リハビリテーション	66	1,000,000	250,000	750,000	11.10	○
13	111111119	東京都	東京都	千代田区	〇〇の社	特定施設入居者生活介護	33	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
14	111111120	東京都	東京都	千代田区	〇〇の社	特定施設入居者生活介護(短期利用型)	27	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
15	111111121	東京都	東京都	千代田区	〇〇の社	介護予防特定施設入居者生活介護	35	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
16	111111122	千代田区	東京都	千代田区	〇〇の社	地域密着型特定施設入居者生活介護	36	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
17	111111123	千代田区	東京都	千代田区	〇〇の社	地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用型)	28	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○

18	1111111124	千代田区	東京都	千代田区	〇〇デイケア	認知症対応型通所介護	72	1,000,000	250,000	750,000	11.10	○
19	1111111125	千代田区	東京都	千代田区	〇〇デイケア	介護予防認知症対応型通所介護	74	1,000,000	250,000	750,000	11.10	○
20	1111111126	千代田区	東京都	千代田区	〇〇小多機	小規模多機能型居宅介護	73	1,000,000	250,000	750,000	11.10	○
21	1111111127	千代田区	東京都	千代田区	〇〇小多機	小規模多機能型居宅介護(短期利用型)	68	1,000,000	250,000	750,000	11.10	○
22	1111111128	千代田区	東京都	千代田区	〇〇小多機	介護予防小規模多機能型居宅介護	75	1,000,000	250,000	750,000	11.10	○
23	1111111129	千代田区	東京都	千代田区	〇〇小多機	介護予防小規模多機能型居宅介護(短期利用型)	69	1,000,000	250,000	750,000	11.10	○
24	1111111130	千代田区	東京都	千代田区	〇〇看多機	複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)	77	1,000,000	250,000	750,000	11.10	○
25	1111111131	千代田区	東京都	千代田区	〇〇看多機	複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型)	79	1,000,000	250,000	750,000	11.10	○
26	1111111132	千代田区	東京都	千代田区	〇〇GH	認知症対応型共同生活介護	32	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
27	1111111133	千代田区	東京都	千代田区	〇〇GH	認知症対応型共同生活介護(短期利用型)	38	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
28	1111111134	千代田区	東京都	千代田区	〇〇GH	介護予防認知症対応型共同生活介護	37	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
29	1111111135	千代田区	東京都	千代田区	〇〇GH	介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用型)	39	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
30	1111111136	東京都	東京都	千代田区	〇〇施設	介護老人福祉施設サービス	51	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
31	1111111137	千代田区	東京都	千代田区	〇〇施設	地域密着型介護老人福祉施設	54	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
32	1111111138	東京都	東京都	千代田区	〇〇施設	短期入所生活介護	21	1,000,000	250,000	750,000	11.10	○
33	1111111139	東京都	東京都	千代田区	〇〇施設	介護予防短期入所生活介護	24	1,000,000	250,000	750,000	11.10	○
34	1111111140	東京都	東京都	千代田区	〇〇施設	介護老人保健施設サービス	52	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
35	1111111141	東京都	東京都	千代田区	〇〇施設	短期入所療養介護(介護老人保健施設)	22	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
36	1111111142	東京都	東京都	千代田区	〇〇施設	介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設)	25	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
37	1111111143	東京都	東京都	千代田区	〇〇施設	短期入所療養介護(病院等(老健以外))	23	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
38	1111111144	東京都	東京都	千代田区	〇〇施設	介護予防短期入所療養介護(病院等(老健以外))	26	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○

[illegible]

1 基本情報

フリガナ	〇〇ケアサービス		
法人名	〇〇ケアサービス		
法人所在地	〒 100-0005 東京都千代田区1-1-1 〇〇ビル〇〇号室		
フリガナ	コウロウ タロウ		
書類作成担当者	厚労 太郎		
連絡先	電話番号	000-0000-0000	E-mail aaa@aaa.com

2 補助金の支給要件及び使途

【支給要件】(1つ以上の項目にチェック(✓))
職場環境改善等に向けて、以下のいずれかの取組の実施を計画している又は既に実施しています。

✓	① 業務内容の明確化と職員間の適切な役割分担の取組
✓	② 介護職員等の業務の洗い出しや棚卸しなど、現場の課題の見える化
	③ 業務改善活動の体制構築(委員会やプロジェクトチームの立ち上げ又は外部の研修会の活動等)

【使途】(1つ以上の項目にチェック(✓))
介護人材確保・職場環境改善等事業により、職場環境改善経費への充当又は人件費(一時金等)の改善を行う方法

✓	① 人件費の改善の実施
✓	② 職場環境改善経費への充当

②を選択した場合、その使途を プルダウンから選択してください。	(ア)研修費
------------------------------------	--------

【記入上の注意】
・実績報告では、どのような項目の費用にどのくらいの額を当てたかを報告いただきます。
・職場環境改善経費には、職員に対する研修費用や介護助手等の募集経費、その他の金額が含まれます。
「その他の金額」には、補助金の要件である「業務内容の明確化と役割分担」、「現場の課題の見える化」又は「業務改善活動の体制構築」に関する取組を実施するための費用のうち、介護テクノロジー等の機器購入費用でないもの(専門家の派遣費用、会議費等)のみ充当することができます。
・職場環境改善経費について、複数の取組を行う場合は、主な使途にあたる項目を選択してください。
・介護テクノロジーの導入等を検討している場合には、「介護テクノロジー導入・協働化等支援事業」をご活用ください。
・職場環境改善経費について、消費税仕入控除税額に充当することはできません。消費税額を対象経費に含めていた場合、消費税仕入控除税額の申告が必要となり、当該控除税額分に相当する補助金の返還が必要となる場合があります。

3 その他要件を満たすことの確認・誓約等

以下の点を確認し、満たしている項目に全てチェック(✓)すること。

確認項目	証明する資料の例
✓ 介護人材確保・職場環境改善等事業による人件費改善以外の部分で賃金水準を引き下げません。	—
✓ 補助金を申請する事業所は、交付対象月において介護職員等処遇改善加算(Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ又はⅣ)を取得している、又は令和7年4月の介護職員等処遇改善加算に係る体制届を提出します。	都道府県・市町村への体制届出
✓ 補助金として給付される額は、上記使途のために全額支出します。	給与明細、職場環境改善経費に係る明細書等
✓ 労働基準法、労働災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていません。	—
✓ 労働保険料の納付が適正に行われています。	労働保険関係成立届、確定保険料申告書
✓ 本計画書の内容を雇用する全ての職員に対して周知しました。	会議録、周知文書
✓ 都道府県のホームページ等で、介護人材確保・職場環境改善等事業計画書の提出先を確認しました。	—

✓ 本介護人材確保・職場環境改善等事業計画書の記載内容に虚偽がないこと及び記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

(以下のどちらか1つにチェック(✓)すること。)

✓ 【提出先の都道府県において、振込先の事業所が債権譲渡を行っていない場合】
介護人材確保・職場環境改善等事業の支払に係る各都道府県の国民健康保険団体連合会から都道府県への支払口座情報の提供に同意します。

【提出先の都道府県において、振込先の事業所が債権譲渡を行っている場合】
債権譲渡を行っている振込先の事業所について、都道府県に振込口座情報を提供しています。

令和 7 年 4 月 1 日 法人名 〇〇ケアサービス
代表者 職名 代表取締役 厚労 花子

【記入上の注意】

- ・各証明資料は、都道府県又は指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。
- ・本表への虚偽記載の他、補助金の請求に関して不正があった場合は、補助金を返還することとなる場合がある。

(確認用)提出前のチェックリスト

以下の項目に「×」がないか、提出前に確認すること。「×」がある場合、当該項目の記載を修正すること。

2 補助金の見込額、支給要件及び使途	
補助金の使途が示されている	○
3 要件を満たすことの確認等	
要件を満たすことの確認について、チェック(✓)が入っていない項目がない	○
誓約について、空欄の項目がない	○
別紙様式2-4(補助金)	
補助金を申請予定の各事業所について、交付対象月が1つのみ指定されている。	○
振込先として1つの事業所を選択している。	○
債権譲渡に関して未記入の項目がない	○

振込に関する情報

(別紙様式2-4から集計・転記)

都道府県	① 見込額(円)	② 振込先の事業所名	③ ②の事業所が債権譲渡を行っており、別途口座を都道府県に登録する必要がある。
東京都	35,248,800	××ホームヘルプ	債権譲渡をしていない

法人名

〇〇ケアサービス

【記入上の注意】

- ・都道府県ごとに補助金の要件を満たす必要があり、都道府県ごとに振込先の指定方法等、様式が異なる場合もあることから、補助金の計画書は都道府県ごとに作成することが望ましい。
- ・都道府県を主として法人一括での作成を行う場合、別紙様式2-3の補助金の見込額には、提出先の都道府県内に所在する事業所・施設のみ合計額が記載される。
- ・事業所の数が多く、1枚に収めきれない場合は、通算、行を追加すること。
- ・補助金の支払は、原則として、国保連合会に登録している介護給付費等の振込先口座のうちのいずれかに、都道府県ごと、法人ごとに振り込まれる。そのため、振込先の希望を、各都道府県ごとに1つだけ選択すること。
- ・振込先は、原則、介護給付費等の債権譲渡を行っていない事業所を選択すること。債権譲渡を行っている事業所を振込先とする場合、別途、都道府県の指定する様式で法人・事業所の振込先の口座情報等を都道府県に届け出ること。

補助金の見込額の合計[円]	35,248,800
提出先都道府県での補助金の見込額の合計[円]	35,248,800

通し番号	介護保険事業所番号	指定事業者名	事業所の所在地		事業所名	サービス名	サービスコード	介護人材確保・職場環境改善等事業を申請予定	一月あたり介護報酬の単位数【単位(a)】	1単位あたりの単価[円](b)	交付率 (c)	補助金の見込額(a×b×c) [円]	交付対象月 ※令和6年12月を基本とし、各事業所の判断により、令和7年1月、2月又は3月も選択可能。どれか1つのみに「○」。				国保連合会に登録している口座のうち、振込先の希望(各都道府県で1つのみに「○」)。振込先でない事業所には「-」。	振込先に選択した事業所が債権譲渡を行っていない事業所が債権譲渡を行っていない
			都道府県	市区町村									令和6年12月	令和7年1月	令和7年2月	令和7年3月		
1	1111111111	東京都	東京都	千代田区	〇〇ホームヘルプ	訪問介護	11	○	1,000,000	11,40	10.5%	1,197,000	○				-	
2	2222222222	東京都	東京都	千代田区	××ホームヘルプ	訪問介護	11	○	1,000,000	11,40	10.5%	1,197,000	○				○	
3	3333333333	東京都	東京都	千代田区	△△ホームヘルプ	訪問介護	11	○	1,000,000	11,40	10.5%	1,197,000	○				-	
4	4444444444	東京都	東京都	千代田区	■ホームヘルプ	訪問介護	11	○	1,000,000	11,40	10.5%	1,197,000	○				-	
5	1111111111	千代田区	東京都	千代田区	◇◇ホームヘルプ	夜間対応型訪問介護	71	○	1,000,000	11,40	10.5%	1,197,000	○				-	
6	1111111112	千代田区	東京都	千代田区	〇〇定巡	定期巡回・随時対応型訪問介護	76	○	1,000,000	11,40	10.5%	1,197,000	○				-	
7	1111111113	東京都	東京都	千代田区	〇〇訪問入浴介護	訪問入浴介護	12	○	1,000,000	11,40	6.3%	718,200	○				-	
8	1111111114	東京都	東京都	千代田区	〇〇訪問入浴介護	介護予防訪問入浴介護	62	○	1,000,000	11,40	6.3%	718,200	○				-	
9	1111111115	東京都	東京都	千代田区	〇〇デイケア	通所介護	15	○	1,000,000	10,90	6.4%	697,600	○				-	
10	1111111116	千代田区	東京都	千代田区	〇〇デイケア	地域密着型通所介護	78	○	1,000,000	10,90	6.4%	697,600	○				-	
11	1111111117	東京都	東京都	千代田区	〇〇リハ	通所リハビリテーション	16	○	1,000,000	11,10	5.5%	610,500	○				-	
12	1111111118	東京都	東京都	千代田区	〇〇リハ	介護予防通所リハビリテーション	66	○	1,000,000	11,10	5.5%	610,500	○				-	
13	1111111119	東京都	東京都	千代田区	〇〇の社	特定施設入居者生活介護	33	○	1,000,000	10,90	7.4%	806,600	○				-	
14	1111111120	東京都	東京都	千代田区	〇〇の社	特定施設入居者生活介護(短期利用型)	27	○	1,000,000	10,90	7.4%	806,600	○				-	
15	1111111121	東京都	東京都	千代田区	〇〇の社	介護予防特定施設入居者生活介護	35	○	1,000,000	10,90	7.4%	806,600	○				-	
16	1111111122	千代田区	東京都	千代田区	〇〇の社	地域密着型特定施設入居者生活介護	36	○	1,000,000	10,90	7.4%	806,600	○				-	

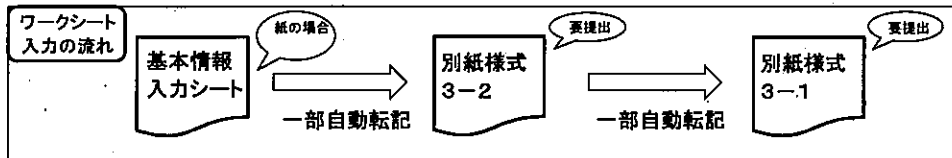
通し番号	介護保険事業所番号	指定施設名	事業所の所在地		事業所名	サービス名	サービスコード	介護人材確保・施設環境改善等事業を申請予定	一月あたり介護報酬総単位数 [単位](a)	1単位あたりの単価[円](b)	交付率 (c)	補助金の見込額(a×b×c) [円]	交付対象月				国保連合会に登録している口腔ケア室(各都道府県で1つのみに「○」)を指定しない事業所には「-」。	要介護状態にある高齢者の介護提供が必要。
			事業所の所在地										交付対象月					
			都道府県	市区町村									令和6年12月	令和7年1月	令和7年2月	令和7年3月		
17	1111111123	千代田区	東京都	千代田区	〇〇の社	地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用型)	28	○	1,000,000	10.90	7.4%	806,600	○				-	
18	1111111124	千代田区	東京都	千代田区	〇〇デイケア	認知症対応型通所介護	72	○	1,000,000	11.10	13.2%	1,465,200	○				-	
19	1111111125	千代田区	東京都	千代田区	〇〇デイケア	介護予防認知症対応型通所介護	74	○	1,000,000	11.10	13.2%	1,465,200	○				-	
20	1111111126	千代田区	東京都	千代田区	〇〇小多機	小規模多機能型居宅介護	73	○	1,000,000	11.10	8.4%	932,400	○				-	
21	1111111127	千代田区	東京都	千代田区	〇〇小多機	小規模多機能型居宅介護(短期利用型)	68	○	1,000,000	11.10	8.4%	932,400	○				-	
22	1111111128	千代田区	東京都	千代田区	〇〇小多機	介護予防小規模多機能型居宅介護	75	○	1,000,000	11.10	8.4%	932,400	○				-	
23	1111111129	千代田区	東京都	千代田区	〇〇小多機	介護予防小規模多機能型居宅介護(短期利用型)	69	○	1,000,000	11.10	8.4%	932,400	○				-	
24	1111111130	千代田区	東京都	千代田区	〇〇看多機	複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)	77	○	1,000,000	11.10	8.4%	932,400	○				-	
25	1111111131	千代田区	東京都	千代田区	〇〇看多機	複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型)	79	○	1,000,000	11.10	8.4%	932,400	○				-	
26	1111111132	千代田区	東京都	千代田区	〇〇GH	認知症対応型共同生活介護	32	○	1,000,000	10.90	11.3%	1,231,700	○				-	
27	1111111133	千代田区	東京都	千代田区	〇〇GH	認知症対応型共同生活介護(短期利用型)	38	○	1,000,000	10.90	11.3%	1,231,700	○				-	
28	1111111134	千代田区	東京都	千代田区	〇〇GH	介護予防認知症対応型共同生活介護	37	○	1,000,000	10.90	11.3%	1,231,700	○				-	
29	1111111135	千代田区	東京都	千代田区	〇〇GH	介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用型)	39	○	1,000,000	10.90	11.3%	1,231,700	○				-	
30	1111111136	東京都	東京都	千代田区	〇〇施設	介護老人福祉施設サービス	51	○	1,000,000	10.90	8.3%	904,700	○				-	
31	1111111137	千代田区	東京都	千代田区	〇〇施設	地域密着型介護老人福祉施設	54	○	1,000,000	10.90	8.3%	904,700	○				-	
32	1111111138	東京都	東京都	千代田区	〇〇施設	短期入所生活介護	21	○	1,000,000	11.10	8.3%	921,300	○				-	
33	1111111139	東京都	東京都	千代田区	〇〇施設	介護予防短期入所生活介護	24	○	1,000,000	11.10	8.3%	921,300	○				-	
34	1111111140	東京都	東京都	千代田区	〇〇施設	介護老人保健施設サービス	52	○	1,000,000	10.90	4.3%	468,700	○				-	
35	1111111141	東京都	東京都	千代田区	〇〇施設	短期入所療養介護(介護老人保健施設)	22	○	1,000,000	10.90	4.3%	468,700	○				-	
36	1111111142	東京都	東京都	千代田区	〇〇施設	介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設)	25	○	1,000,000	10.90	4.3%	468,700	○				-	
37	1111111143	東京都	東京都	千代田区	〇〇施設	短期入所療養介護(病院等(老健以外))	23	○	1,000,000	10.90	2.7%	294,300	○				-	
38	1111111144	東京都	東京都	千代田区	〇〇施設	介護予防短期入所療養介護(病院等(老健以外))	26	○	1,000,000	10.90	2.7%	294,300	○				-	
39	1111111145	東京都	東京都	千代田区	〇〇施設	介護医療院サービス	55	○	1,000,000	10.90	2.7%	294,300	○				-	

[illegible]

●はじめに本シート(基本情報入力シート)の黄色セルに入力することで、介護保険事業費補助金(介護人材確保・職場環境改善等事業)(以下「補助金」という。)の対象事業所等に関する基本的な情報が、各様式に自動的に転記されます。

【注意】本シートは様式作成用のため、本実績報告書の提出を紙で行う場合、本シートの提出は不要です。
ただし、自治体に電子媒体で提出する場合は、本シートを削除せずそのまま提出してください。

●「別紙様式3-1」を完成させるには、「基本情報入力シート」「別紙様式3-2」から転記される情報が必要です。まずはこれらのシートを完成させてください。



●「別紙様式3-1」に記載する補助金による人件費改善の所要額について、具体的な算出方法は問いませんが、各職員に対し、補助金を原資として行った人件費改善額を積み上げる(足し上げる)などの適切な方法により算出してください。また、「人件費改善の所要額」を記入する欄には、基本給、手当、賞与等(退職手当を除く。)を含む金額を記入してください。職場環境改善経費への充当額についても、具体的な算出方法は問いませんが、研修費、介護助手等の募集経費を積み上げる(足し上げる)などの適切な方法により算出してください。

1 提出先に関する情報

介護人材確保・職場環境改善等事業の届出に係る提出先(都道府県)を選択してください。
実績報告書は都道府県単位で作成し、提出してください。

提出先	
-----	--

2 基本情報

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。

法人名	フリガナ	
	名称	
法人住所	〒	
	住所1(番地・住居番号まで)	
	住所2(建物名等)	
法人代表者	職名	
	氏名	
法人番号		
書類作成担当者	フリガナ	
	氏名	
連絡先	電話番号	
	E-mail	

3 補助金を申請した事業所に関する情報(1の提出先に提出すべき事業所のみを記載)

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3-2(補助金)に反映されます。

通し番号	介護保険事業所番号	指定権者名	事業所の所在地		事業所名	サービス名	サービスコード
			都道府県	市区町村			
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							

介護人材確保・職場環境改善等事業 実績報告書

1 基本情報

フリガナ			
法人名			
法人所在地	〒		
フリガナ			
書類作成担当者			
連絡先	電話番号		E-mail

2 実績報告について

①補助金の総額(②と③の合計が①以上となること)	0	円	☒
②人件費改善の所要額		円	☐
③職場環境改善の所要額((ア)~(ウ)の合計)	0	円	☐
(ア)研修費		円	☐
(イ)介護助手等の募集経費		円	☐
(ウ)その他の金額		円	☐

③(ウ)「その他の金額」に記載した場合の使途

対象となる要件	

【記入上の注意】

- 本様式では下記の要件を確認しており、オレンジセルが「○」でない場合、補助金の交付要件を満たしていない。
- Ⅰ 補助金による人件費改善及び職場環境改善の総額が補助金による収入額以上となること。
- Ⅱ 職場環境改善を、研修費、介護助手等の募集経費以外に充てた場合、その使途を記載すること。
- ②「人件費改善の所要額」には、補助金により人件費改善を行った場合の法定福利費等の事業主負担の増加分を含めることができる。
- ③「その他の金額」には、補助金の要件である「現場の課題の見える化」、「業務内容の明確化と役割分担」、又は「業務改善活動の体制構築」に関する取組を実施するための費用のうち、介護テクノロジー等の機器購入費用でないもの(専門家の派遣費用、会議費等)のみ充当することができる。
- 本補助金を、介護テクノロジー等の機器購入費用に充てることができないため、そのような使用が都道府県によって確認された場合、チェックリストに○がついていても、要件を満たしていないと審査される可能性がある。

3 補助金以外の部分で賃金水準を引き下げないことについて

補助金を人件費の改善に使用した場合、補助金以外の部分で賃金水準を引き下げています。	☒
---	-------------------------------------

【記入上の注意】

- やむを得ない事情により補助金以外の部分で賃金水準を引き下げた場合、下記備考欄に経緯の概要を記載すること。
- (例:事業規模の縮小に伴う職員数・賃金総額の減少等)

備考欄

--

4 職場環境改善経費の消費税仕入控除税額について

職場環境改善経費に消費税額を含めていない、又は消費税仕入控除税額を除外しています。	☒
職場環境改善経費に消費税額を含めており、かつ控除税額が報告書作成時に未確定の場合は、確定後に都道府県指定の様式で報告することを理解しました。	☐

5 記載内容に虚偽がないことの誓約

☒ 実績報告書の記載内容に虚偽がないこと及び記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。
令和 7 年 月 日 法人名 代表者 職名 氏名

【記入上の注意】

(確認用)提出前のチェックリスト

以下の項目に「×」がないか、提出前に確認すること。「×」がある場合、当該項目の記載を修正すること。

2 実績報告について	
② 人件費改善及び職場環境改善の所要額の和が補助金の総額以上となること	☒
③ 職場環境改善を、研修費、介護助手等の募集経費以外に充てた場合、具体的な使途を記載していること	☒
3 補助金以外の部分で賃金水準を引き下げないことについて	
補助金による人件費改善以外の部分で賃金水準を引き下げている	☒
4 職場環境改善経費の消費税仕入控除税額について	
職場環境改善経費の消費税仕入控除税額について、取扱いを理解した	☒
5 記載内容に虚偽がないこと等の誓約	
誓約について、空欄の項目がない	☒

法人名	
-----	--

提出先の都道府県における補助金額の合計[円]	0
------------------------	---

【記入上の注意】

・本表に記載する事業所は、介護人材確保・職場環境改善等事業計画書の基本情報入力シートで当補助金を申請すると記載した事業所と一致しなければならない。
・事業所の数が多く、1枚に記載しきれない場合は、適宜、行を追加すること。

	介護保険事業所 番号	指定権者名	事業所の所在地		事業所名	サービス名	サ ー ビ ス コ ー ド	補助金の税額[円]
			都道府県	市区町村				
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
32								
33								

計画書(障害福祉(障害児支援)人材確保・職場環境改善等事業、福祉・介護職員等処遇改善加算)
基本情報入力シート

別紙様式2

●はじめに本シート(基本情報入力シート)の黄色セルに入力することで、申請対象となる事業所等に関する基本的な情報が、各シートに自動的に転記されます。

【重要】

①本計画書は、障害者総合支援事業費補助金(障害福祉人材確保・職場環境改善等事業)又は児童虐待防止対策等総合支援事業費補助金(障害児支援人材確保・職場環境改善等事業)(以下「補助金」という。)及び福祉・介護職員等処遇改善加算(以下「処遇改善加算」という。)の共通様式です。

②処遇改善加算を申請する場合は、各事業所の指定権者に別紙様式2-1、2-2を、補助金を申請する場合は、各事業所の所在する都道府県に別紙様式2-3、2-4を、それぞれ提出してください。その際、補助金の申請事務を都道府県が外部委託している場合もございますので、必ず都道府県のホームページをご確認ください。

●自動転記の仕組みを活用するため、下記の作業フローに基づき、シートを完成させてください。

本計画書を用いて、処遇改善加算のみの申請を行う場合、別紙様式2-3及び2-4の入力は不要です。

●本計画書は、提出先ごとに個票の内容を変えずに提出することが可能です。

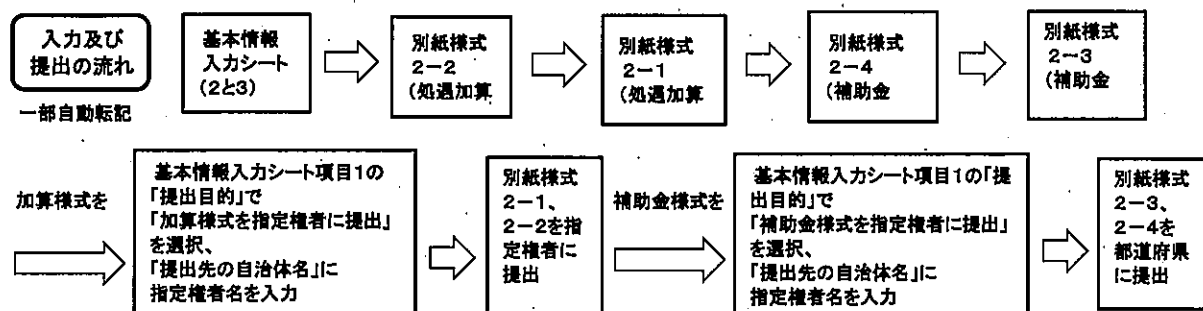
処遇改善加算を申請する際は、「提出の目的」を「加算様式を指定権者に提出」とし、「加算様式の提出先」に記入した上で、指定権者に別紙様式2-1、2-2を提出してください。

その際、様式2-3、2-4は自動的にグレーアウトされるようになっていますので、シートの削除は不要です。

●その後、補助金を申請する際は、「提出の目的」を「補助金様式を都道府県に提出」とし、「補助金様式の提出先」に記入した上で、都道府県に別紙様式2-3、2-4を提出してください。

この場合も同様に、その他の様式シート(別紙様式2-1、2-2)の削除は不要です。

●「提出先の自治体名」を記入すると、別紙2-1から2-4までの「提出先」欄も、自動で更新されます。提出先が正しく記入されていることを必ずご確認ください。



1 提出の目的と提出先の自治体名

提出の目的	加算の提出先(例: ○○県、 ○○市、○○町、○○広域連合)	補助金様式の提出先(例: ○○県)
提出先の自治体名		

※上記「入力の流れ」に沿って必要事項を入力した後に、「提出の目的」を選択し、提出先の自治体名を選択・記載してください。

加算と補助金両方を申請する場合、「加算様式を自治体に提出」を選択し、加算様式の提出先を記載した媒体と

「補助金様式を都道府県に提出」を選択し、補助金様式の提出先を記載した媒体をそれぞれ作成してください。

審査事務の円滑化のため、選択していない様式は、グレーアウトされるようになっています。

再度全ての様式を確認したい場合は、「提出の目的」で空欄を選択してください。

2 基本情報

下表に必要事項を入力してください。記入内容が各様式に反映されます。

法人名	フリガナ	
	名称	
法人住所	〒	
	住所1(番地・住居番号まで)	
	住所2(建物名等)	
法人代表者	職名	
	氏名	
法人番号		
書類作成担当者	フリガナ	
	氏名	
連絡先	電話番号	
	E-mail	

3 補助金及び加算の対象事業所に関する情報

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2-2～別紙様式2-4に反映されます。

※「一月あたり障害福祉サービス等報酬総額」には、前年7月から12月までの6か月間のサービス別の報酬総額(各種加算減算を含む。)を6で除するなどの適切な方法によって推計し、事業所ごとに記載してください。

また、「一月あたり新加算等の総額」には、前年7月から12月までの処遇改善加算等の単位数の合計を6で除するなどの方法によって推計し、事業所ごとに記載してください。

令和7年度に事業拡大等に伴う報酬総額の増減が見込まれる場合には、補助金・加算についての適切な計画を策定するため、それらの増減の見込を反映させる等の調整を行っても差し支えありません。

※記入漏れがないことを確認しました。

[illegible]

1 基本情報

フリガナ				
法人名				
法人所在地				
フリガナ				
書類作成担当者				
連絡先	電話番号		E-mail	

2 補助金の支給要件及び使途

【支給要件】(1つ以上の項目にチェック(✓)) 職場環境改善等に向けて、以下のいずれかの取組の実施を計画している場合又は既に実施しています。	
☐	① 業務内容の明確化と職員間の適切な役割分担(間接支援業務に従事する者の活用等)の取組(処遇改善加算の職場環境等要件③相当)
☐	② 福祉・介護職員等の業務の洗い出しや棚卸しなど、現場の課題の見える化(処遇改善加算の職場環境等要件④相当)
☐	③ 業務改善活動の体制構築(委員会やプロジェクトチームの立ち上げ又は外部の研修会の活動等) (処遇改善加算の職場環境等要件④相当)
【使途】(1つ以上の項目にチェック(✓)) 障害福祉(障害児支援)人材確保・職場環境整備等事業により、職場環境改善経費への充当又は人件費(一時金等)の引上げを行う方法	
☐	①人件費の引上げの実施
☐	②職場環境改善経費への充当

【記入上の注意】

・実績報告では、どのような項目の費用にどのくらいの額を当てたかを報告いただきます。
・職場環境改善経費には、職員に対する研修費用や間接支援業務に従事する者の募集費用、その等の金額が含まれます。
・「その他の金額」には、補助金の要件である「業務内容の明確化と役割分担」、「現場の課題の見える化」又は「業務改善活動の体制構築」に関する取組を実施するための費用のうち、介護テクノロジー等の機器購入費用でないもの(専門家の派遣費用、会議費等)のみ充当できます。
・介護テクノロジー、ICTの導入等を検討している場合には、「障害福祉分野の介護テクノロジー導入・協働化等支援事業」、「地域障害児支援体制充実のためのICT化推進事業」をご活用ください。

3 その他要件を満たすことの確認・誓約等

以下の点を確認し、満たしている項目に全てチェック(✓)すること。

確認項目	証明する資料の例
障害福祉(障害児支援)人材確保・職場環境改善等補助金による賃金改善以外の部分で賃金水準を引き下げません。	—
補助金を申請する事業所は、交付対象月において介護職員等処遇改善加算(Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ又はⅣ)を取得している、又は令和7年4月の介護職員等処遇改善加算に係る体制届を提出します。	都道府県・市町村への体制届出
補助金として給付される額は、上記使途のために全額支出します。	給与明細、職場環境改善経費に係る明細書等
労働基準法、労働災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていません。	—
労働保険料の納付が適正に行われています。	労働保険関係成立届、確定保険料申告書
本計画書の内容を雇用する全ての職員に対して周知しました。	会議録、周知文書
都道府県のホームページ等で、障害福祉(障害児支援)人材確保・職場環境改善等補助金の提出先を確認しました。	—

☐ 計画書の記載内容に虚偽がないこと及び記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

(以下のどちらか1つにチェック(✓)すること。)

☐ 【提出先の都道府県において、振込先の事業所が債権譲渡を行っていない場合】
障害福祉(障害児支援)人材確保・職場環境改善等補助金の支払に係る各都道府県の国民健康保険団体連合会から都道府県への支払口座情報の提供に同意します。☐ 【提出先の都道府県において、振込先の事業所が債権譲渡を行っている場合】
債権譲渡を行っている振込先の事業所について、都道府県に振込口座情報を提供しています。

令和 7 年 月 日

法人名

代表者 職名

【記入上の注意】

- ・各証明資料は、都道府県又は指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。
- ・本表への虚偽記載の他、補助金の請求に関して不正があった場合は、補助金を返還することとなる場合がある。

(確認用)提出前のチェックリスト

以下の項目に「×」がないか、提出前に確認すること。「×」がある場合、当該項目の記載を修正すること。

2 補助金の見込額、支給要件及び使途	
補助金の使途が示されている	☐
3 要件を満たすことの確認等	
要件を満たすことの確認について、チェック(✓)が入っていない項目がない	☐
誓約について、空欄の項目がない	☐
別紙様式2-4(補助金)	
補助金を申請予定の各事業所について、交付対象月が1つ指定されている。	☐
振込先として1つの事業所を選択している。	☐
債権譲渡に関して未記入の項目がない	☐

振込に関する情報

(別紙様式2-4から集計・転記)

都道府県	①見込額(円)	②振込先の事業所名	③②の事業所が債権譲渡を行っており、別途口座を都道府県に登録する必要がある。

1 基本情報

フリガナ			
法人名			
法人所在地	〒		
フリガナ			
書類作成担当者			
連絡先	電話番号	E-mail	

2 補助金の支給要件及び使途

【支給要件】(1つ以上の項目にチェック(✓))	
職場環境改善等に向けて、以下のいずれかの取組の実施を計画している場合又は既に実施しています。	
☐	① 業務内容の明確化と職員間の適切な役割分担(間接支援業務に従事する者の活用等)の取組(処遇改善加算の職場環境等要件③相当)
☐	② 福祉・介護職員等の業務の洗い出しや棚卸しなど、現場の課題の見える化(処遇改善加算の職場環境等要件⑩相当)
☐	③ 業務改善活動の体制構築(委員会やプロジェクトチームの立ち上げ又は外部の研修会の活動等)(処遇改善加算の職場環境等要件⑭相当)
【使途】(1つ以上の項目にチェック(✓))	
障害福祉(障害児支援)人材確保・職場環境整備等事業により、職場環境改善経費への充当又は人件費(一時金等)の引上げを行う方法	
☐	①人件費の引上げの実施
☐	②職場環境改善経費への充当

【記入上の注意】

・実績報告では、どのような項目の費用にどのくらいの額を当てたかを報告いただきます。
・職場環境改善経費には、職員に対する研修費用や間接支援業務に従事する者の募集費用、その等の金額が含まれます。
・「その他の金額」には、補助金の要件である「業務内容の明確化と役割分担」、「現場の課題の見える化」又は「業務改善活動の体制構築」に関する取組を実施するための費用のうち、介護テクノロジー等の機器購入費用でないもの(専門家の派遣費用、会議費等)のみ充当できます。
・介護テクノロジー、ICTの導入等を検討している場合には、「障害福祉分野の介護テクノロジー導入・協働化等支援事業」、「地域障害児支援体制充実のためのICT化推進事業」をご活用ください。

3 その他要件を満たすことの確認・誓約等

以下の点を確認し、満たしている項目に全てチェック(✓)すること。

確認項目	証明する資料の例
障害福祉(障害児支援)人材確保・職場環境改善等補助金による賃金改善以外の部分で賃金水準を引き下げません。	—
補助金を申請する事業所は、交付対象月において介護職員等処遇改善加算(Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ又はⅣ)を取得している、又は令和7年4月の介護職員等処遇改善加算に係る体制届を提出します。	都道府県・市町村への体制届出
補助金として給付される額は、上記使途のために全額支出します。	給与明細、職場環境改善経費に係る明細書等
労働基準法、労働災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていません。	—
労働保険料の納付が適正に行われています。	労働保険関係成立届、確定保険料申告書
本計画書の内容を雇用する全ての職員に対して周知しました。	会議録、周知文書
都道府県のホームページ等で、障害福祉(障害児支援)人材確保・職場環境改善等補助金の提出先を確認しました。	—

☐ 計画書の記載内容に虚偽がないこと及び記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

(以下のどちらか1つにチェック(✓)すること。)

☐ 【提出先の都道府県において、振込先の事業所が債権譲渡を行っていない場合】
障害福祉(障害児支援)人材確保・職場環境改善等補助金の支払に係る各都道府県の国民健康保険団体連合会から都道府県への支払口座情報の提供に同意します。

☐ 【提出先の都道府県において、振込先の事業所が債権譲渡を行っている場合】
債権譲渡を行っている振込先の事業所について、都道府県に振込口座情報を提供しています。

令和 7 年 月 日

法人名

代表者 職名

【記入上の注意】

- ・各証明資料は、都道府県又は指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。
- ・本表への虚偽記載の他、補助金の請求に関して不正があった場合は、補助金を返還することとなる場合がある。

(確認用)提出前のチェックリスト

以下の項目に「×」がないか、提出前に確認すること。「×」がある場合、当該項目の記載を修正すること。

2 補助金の見込額、支給要件及び使途	
補助金の使途が示されている	☐
3 要件を満たすことの確認等	
要件を満たすことの確認について、チェック(✓)が入っていない項目がない	☐
誓約について、空欄の項目がない	☐
別紙様式2-4(補助金)	
補助金を申請予定の各事業所について、交付対象月が1つ指定されている。	☐
振込先として1つの事業所を選択している。	☐
債権譲渡に関して未記入の項目がない	☐

振込に関する情報

(別紙様式2-4から集計・転記)

都道府県	①見込額(円)	②振込先の事業所名	③②の事業所が債権譲渡を行っており、別途口座を都道府県に登録する必要がある。

提出先	
-----	--

定方法等、様式が異なる場合もあることから、見込額には、提出先の都道府県内に所在する

【事件の概要】

[illegible]