

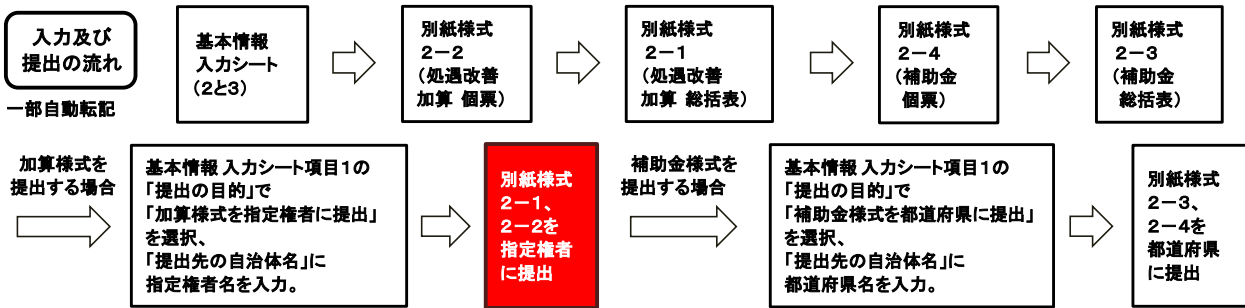
**計画書(障害福祉(障害児支援)人材確保・職場環境改善等事業、福祉・介護職員等処遇改善加算)
基本情報入力シート**

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	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)
	横浜市	神奈川県

※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	トクテイヒエイリカヅドウハウジンコトブキカイゴ	
	名称	特定非営利活動法人ことぶき介護	
法人住所	〒	231	0026
	住所1(番地・住居番号まで)	横浜市中区寿町4-15-4	
	住所2(建物名等)	寿ヒカリビル	
法人代表者	職名	理事長	
	氏名	徳茂 万知子	
法人番号		2020005004752	
書類作成担当者	フリガナ	オオタ トモユキ	
	氏名	太田 智之	
連絡先	電話番号	045-662-0213	
	E-mail	t-oota@kotobukikaigo.org	

1 基本情報

フリガナ	トクテイヒエイリカソドウホウジンコトブキカイゴ			
法人名	特定非営利活動法人ことぶき介護			
法人所在地	〒	231-0026		
	横浜市中区寿町4-15-4 寿ヒカリビル			
フリガナ	オオタ トモユキ			
書類作成担当者	太田 智之			
連絡先	電話番号	045-662-0213	E-mail	t-oota@kotobukikaigo.org

2 補助金の支給要件及び用途

【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。

<input checked="" type="checkbox"/>	① 業務内容の明確化と職員間の適切な役割分担の取組
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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)

【用途】(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

<input checked="" type="checkbox"/>	① 人件費の改善の実施
<input type="checkbox"/>	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、主な用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、「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」又は「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。
- 職場環境改善経費について、消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額に充当しないこととしてください。消費税額を対象経費に含めていた場合、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
<input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉(障害児支援)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。	—
<input checked="" type="checkbox"/> 補助金を申請する事業所は、交付対象月において福祉・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月の福祉・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
<input checked="" type="checkbox"/> 補助金として給付される額は、上記用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
<input checked="" type="checkbox"/> 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。	—
<input checked="" type="checkbox"/> 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
<input checked="" type="checkbox"/> 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
<input checked="" type="checkbox"/> 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・職場環境改善等事業計画書の提出先を確認しました。	—

本障害福祉(障害児支援)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】
障害福祉(障害児支援)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 15 日 法人名 特定非営利活動法人ことぶき介護
代表者 職名 理事長 徳茂 万知子

【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。

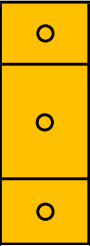
2 補助金の見込額、支給要件及び用途	
補助金の用途が示されている	○
3 要件を満たすことの確認等	
要件を満たすことの確認について、チェック(✓)が入っていない項目がない	○
誓約について、空欄の項目がない	○
別紙様式2-4(補助金)	
補助金を申請予定の各事業所について、交付対象月が1つのみ指定されている。	○
振込先として1つの事業所を選択している。	○
債権譲渡に関して未記入の項目がない	○

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。
神奈川県	181,930	特定非営利活動法人ことぶき介護	債権譲渡をしていない

通し 番号	障害福祉サービス等 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	障害福祉(障害 児支援)人材確 保・職場環境改 善等事業を申請 予定	一月あたり障害 福祉サービス等 報酬総額 (a)	交 付 率 (b)	補助金の 見込額(c) (a×b) [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 譲渡を行っており、 別途都道府県に 振込口座情報 の提供が必要。	
			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			
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		
31																		
32																		
33																		
34																		
35																		
36																		



通し 番号	障害福祉サービス等 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	障害福祉(障害 児支援)人材確 保・職場環境改 善等事業を申請 予定	一月あたり障害 福祉サービス等 報酬総額 (a)	交 付 率 (b)	補 助 金 の 見 込 額 (c) (a×b) [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 譲渡を行っており 、別途都道府県に 振込口座情報 の提供が必要。		
			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				
37																			
38																			
39																			
40																			
41																			
42																			
43																			
44																			
45																			
46																			
47																			
48																			

