

協働化・大規模化等による職場環境改善事業 事業計画様式

- ⇒該当する選択肢の横に○印をつけてください
- ⇒プルダウンメニューから該当する選択肢を1つ選んでください
- ⇒文字等を直接入力してください

(ア)事業所グループの基本情報

(1)	申請代表者法人番号					
(2)	申請代表者事業所名					
(3)	申請代表者事業所所在都道府県	45宮崎県				
(4)	主たる事業所の所在住所					
(5)	申請代表者事業所数					
(6)	グループに構成される事業者	法人番号	法人名	事業所数	職員数	種別

(イ)事業計画

① 事業内容

複数選択可		人材募集や一括採用、職場の魅力発信に必要な経費
		共同送迎の実施に向けた調査等に必要な経費
		福利厚生の充実や職場環境改善等による従業員の職場定着に必要な経費
		合同研修の実施等人材育成に必要な経費
		人事管理等のシステムや給与制度等の共通化に必要な経費
		事務処理部門の集約・外部化に必要な経費
		各種委員会の共同設置や各種指針の共同策定等に必要な経費
		協働化等にあわせて行うICTインフラの整備に必要な経費 (通信費は対象外とする)
		協働化等にあわせて行う老朽設備・備品の更新・整備に必要な経費 (事業所車輛の購入費は対象外とする)
		経営及び職場環境改善等に関する専門家等による支援に必要な経費
		その他 (自由記述)

② 介護テクノロジー導入支援事業の実施有無

	有
	無

③その他記入欄

--

協働化・大規模化等による職場環境改善事業 事業計画様式

⇒該当する選択肢の横に○印をつけてください
⇒プルダウンメニューから該当する選択肢を1つ選んでください
⇒文字等を直接入力してください

(ア)事業所グループの基本情報

(1)	申請代表者法人番号	○○○○○○○○○○				
(2)	申請代表者事業所名	○○訪問介護事業所				
(3)	申請代表者事業所所在都道府県	45宮崎県				
(4)	主たる事業所の所在住所	○○市5-15				
(5)	申請代表者事業所数	4				
(6)	グループに構成される事業者	法人番号	法人名	事業所数	職員数	種別
		11111111	△△△△△△	1	5	障害福祉サービス
		2222222	□□□□□□	4	18	児童福祉サービス
		3333333	××××××	6	30	介護保険サービス

(イ)事業計画

① 事業内容

複数選択可	☒	人材募集や一括採用、職場の魅力発信に必要な経費
	☐	共同送迎の実施に向けた調査等に必要な経費
	☐	福利厚生の実施や職場環境改善等による従業員の職場定着に必要な経費
	☐	合同研修の実施等人材育成に必要な経費
	☒	人事管理等のシステムや給与制度等の共通化に必要な経費
	☐	事務処理部門の集約・外部化に必要な経費
	☐	各種委員会の共同設置や各種指針の共同策定等に必要な経費
	☐	協働化等にあわせて行うICTインフラの整備に必要な経費 (通信費は対象外とする)
	☐	協働化等にあわせて行う老朽設備・備品の更新・整備に必要な経費 (事業所車両の購入費は対象外とする)
	☐	経営及び職場環境改善等に関する専門家等による支援に必要な経費
	☐	その他
		(自由記述)

② 介護テクノロジー導入支援事業の実施有無

☒	有
☐	無

③その他記入欄

--

協働化・大規模化等による職場環境改善事業所要額調書

代表法人名

着色されたセルのみ入力してください。

法人名	補助金所要額 (A) 円	1グループ当りの上限額 (B) 円	補助額 (C) 円
合計			

※ A欄は、所要額調書・内訳のC欄の合計額を転記してください。

協働化・大規模化等による職場環境改善事業所要額調書・内訳（グループ内法人単位）

着色されたセルのみ入力してください。

法人名

※ 当該シートを適宜コピーし、グループを構成する法人単位で作成してください。

対象経費 ※プルダウンから選択	対象経費の 支出予定額 ※税抜き (A) 円	補助上限額 (B) 円	補助金所要額 (A) or (B) * 4 / 5 = (C) 円
合計	0	1,500,000	0