

申請書(介護人材確保・職場環境改善等事業)
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。

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)
		宮崎県

2 基本情報

下表に必要な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。記入内容が様式第1号、様式第2号及び様式第3号に反映されます。

【留意事項】

「一月あたり介護報酬総単位数[単位]」及び「一月あたり処遇改善加算の加算単位数[単位]」は、**交付対象月(様式第3号で選択した月。令和6年12月分を基本とする。)**の**単位数**(令和7年4月10日までに受理された月遅れ請求、過誤調整分等を含む。)を、事業所ごとに記載してください(交付対象月の単位数が確定している場合に限る。)

※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。

[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。

【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。	—

☐ 申請書(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。

【支払口座情報について(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。

【請求額等について】

☐ 国民健康保険団体連合会に対し、別記様式第3号の交付対象月に係る介護報酬の請求をしたことをもって、以下のとおり本補助金の請求を行ったこととします。
○請求額:別表「5 補助額」に定める金額
○振込先の口座:上記において宮崎県に提供を同意又は提供した口座

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。

提出先	宮崎県
-----	-----

法人名	
-----	--

補助金の見込額の合計[円]	0
提出先都道府県での補助金の見込額の合計[円]	0

【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。
都道府県をまたいで法人一括での作成を行う場合、別紙様式2ー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・施設のみを合計額が記載される。
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。
補助金支出は、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、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。

[illegible]

(変更)収支予算(決算)書

1 収 入 (単位:円)

区 分	予定(決算)額	備 考
県補助金	0	
合 計	0	

2 支 出 (単位:円)

区 分	予定(決算)額	備 考
賃金改善費	0	
合 計	0	