

実績報告書(介護人材確保・職場環境改善等事業)作成用 基本情報入力シート

●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。

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	宮崎県
-----	-----

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の提出先に提出する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。
- ・「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。
- ・「その他の金額」に記載した場合、プルダウンでは主な対象となる要件を選択し、その他の要件については、備考欄に記載すること。
- ・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

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、様式第1－1号「介護人材確保・職場環境改善等補助金(変更)計画書 個票」に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	補助金の総額[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								

収支決算書

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	