

別記

様式第 1 号（第 6 条、第12条関係）

訪問介護等サービス提供体制確保支援事業 事業計画（実績）書

事業所番号		介護サービスの種類	
事業所名		担当者職氏名	
連絡先	TEL： E-Mail：		

Ⅰ 研修体制構築の支援	
(1) 研修体制の構築の支援	
事業実施（予定）期間	令和 年 月～ 令和 年 月
事業内容	
(見込まれる) 事業効果	
(2) 経験年数が短いホームヘルパー等への同行訪問支援	
事業実施（予定）期間	令和 年 月～ 令和 年 月
事業内容	
支援を受ける職員の人数	人
延支援（予定）回数	回
(見込まれる) 事業効果	
事業所所在地 (該当する方に○)	中山間・離島等地域に 該当する ・ 該当しない
(3) カスタマーハラスメント対策としての同行訪問支援	
事業実施（予定）期間	令和 年 月～ 令和 年 月
事業内容	
延支援（予定）回数	回
カスタマーハラスメント に関する概要	※ 様式第 5 号のとおり
(見込まれる) 事業効果	
Ⅱ 経営改善支援事業	
(1) 経営改善の支援	
事業実施（予定）期間	令和 年 月～ 令和 年 月
事業内容	
(見込まれる) 事業効果	

所要（見込）額調書

事業所名：

（単位：円）

区 分	種目	対象経費 A	控除額 （その他の収入） B	補助対象経費 C（A－B）	補助基準額 D	選定額 E （CとDの低い方）	交付申請額 F （Eから千円未満を 切り捨てた額）
Ⅰ 人材確保体制 構築支援事業	（１）研修体制の 構築の支援						0
	（２）経験年数が短い ホームヘルパー等への 同行訪問支援						0
	（３）カスタマーハラス メント対策としての 同行訪問支援						0
Ⅱ 経営改善支援事業	経営改善の支援						0
合 計 額		0	0	0	0	0	0

注 1）控除額Bの欄は、この事業の実施に伴い、診療報酬、介護報酬、寄付金その他の収入があるときに記載すること。
注 2）選定額Eの欄には、補助対象経費Cと補助基準額Dのいずれか低い方の額を記載すること。
注 3）変更申請の際には、各欄を二段書き（上段に変更前、下段に変更後）すること。
注 4）交付申請額Fの欄には選定額Eから千円未満を切り捨てた額を記入すること。

収支予算（決算）書

1 収入

（単位：円）

区分	金額	備考
1. 県補助金		
2. 自己資金		
3. その他（ ）		
合計	0	

2 支出

（単位：円）

区分	金額	備考
合計	0	

カスタマーハラスメントに関する確認書

令和 年 月 日

事業所名	
作成者名	

1 利用者等の状況

利用者の状況	氏名(フリガナ)			
	年齢		性別	
	被保険者 番号		要介護度等	
	特徴等			
	訪問頻度	週		回
暴力行為等を行う者の 状況 (利用者と同一の 場合は記載不要)	氏名(フリガナ)			
	年齢		性別	
	特徴等			
暴力行為等の内容				

2 対応職員

氏名		資格※資格証添付	
氏名		資格※資格証添付	

3 確認事項(該当する項目にチェック)

☐	(1) 複数名訪問の必要性について、医師やケアマネ等の第三者から確認を得ている。
☐	(2) 複数名訪問の必要性についてサービス担当者会議等により関係者への情報共有を図っている。
☐	(3) 複数名訪問に係る加算の取得について、利用者等に同意を打診したが得られなかった。
☐	(4) 複数名訪問以外の対処法についても検討をしている。

※ 原則、**全てにチェックがある場合が交付の対象**となるが、対応について緊急差し迫っている等の特段の理由がある場合は、この限りでない。ただしその場合は、実績報告時に関連資料の写し等の提出をすること。

4 その他特記事項

特記事項	
確認資料	

特別徴収実施確認・開始誓約書

年 月 日

所在地（住所）
法人名
代表者氏名

該当する□にチェック（☑）を入れてください。

1 領収証書の写しを添付する場合

□当事業所は、現在 市（町・村）の特別徴収義務者の指定を受け、従業員等の個人住民税について、特別徴収を実施し納付しています。

6か月以内の領収証書の写しを
ここに貼付してください。

2 1以外の場合

（1）特別徴収を実施している旨の確認

□ 当事業所は、現在 市（町・村）の特別徴収義務者の指定を受け、従業員等の個人住民税について、特別徴収を実施しています。

上記市町村の特別徴収義務者指定番号：

※ 指定番号は各事業所で事前に記入してから確認印をもらってください。

（2）特別徴収義務がない旨の確認

□ 当事業所は、特別徴収義務のない事業所です。

（3）開始誓約

□ 当事業所は、 年 月 日から、従業員等の個人住民税について、特別徴収を開始することを誓約します。
つきましては、特別徴収税額の決定通知書を当法人あてに送付してください。

2の（1）～（3）の場合、市町村の税務担当窓口にて必ず確認印を受けてください。

市町村確認印 押印欄

年 月 日

宮崎県知事 殿

住 所
フリカゝナ
氏 名
（法人にあってはその名称及び代表者の氏名）
生年月日 年 月 日（性別）

誓 約 書

私は、 年度訪問介護等サービス提供体制確保支援事業費補助金交付申請を行
うに当たり、次の事項について誓約します。

※チェック欄（誓約の場合、□にチェックを入れてください。）

- ☐ 自己及び本事業実施主体の下記の構成員・役員等は、下に掲げるアからウまで
のいずれにも該当するものではありません。また、事業実施主体の運営に対し、
下に掲げるアからウまでのいずれの関与もありません。
- ア 暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成 3 年法律第
77 号）第 2 条第 2 号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）
- イ 暴力団員（同法第 2 条第 6 号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）
- ウ 暴力団又は暴力団員と密接な関係を有する者

記

（役員等一覧）

役 職 名	フリカゝナ 氏 名	住 所	生年月日（和暦）	性別

※ 記入欄が不足する場合は、必要事項を記入の上、別途、添付すること。

様式第 6 号（第 10 条関係）

年 月 日

宮崎県知事 殿

申請者 住所
法人名
代表者職氏名

訪問介護等サービス提供体制確保支援事業費補助金変更交付申請書

年 月 日付け第 号で決定通知のあった
年度訪問介護等サービス提供体制確保支援事業費補助金について、下記のとおり変更したいので、訪問介護等サービス提供体制確保支援事業費補助金交付要綱第 10 条の規定により、申請します。

記

- 1 変更の内容
- 2 変更を必要とする理由
- 3 添付書類
 - (1) 事業計画書（別記様式第 1 号）
 - (2) 所要見込額調書（別記様式第 1 号の 2）
 - (2) 収支予算書（別記様式第 2 号）
- 4 本件担当者氏名等
担当者氏名
電 話 番 号
電子メール

※ 添付書類については、申請時の記入方法に準ずることとし、変更前後の内容が明確に区分できるように記入すること。

様式第7号（第10条関係）

2 4 3 5 0 -

年 月 日

申請者氏名

宮崎県知事

訪問介護等サービス提供体制確保支援事業費補助金変更交付決定通知書

年 月 日付け第 号で交付決定した 年度
訪問介護等サービス提供体制確保支援事業費補助金について、訪問介護等サービス
提供体制確保支援事業費補助金交付要綱第10条の規定により、下記により交付決定
を変更することに決定しましたので通知します。

記

1 交付決定額等

(1) 変更前交付決定額	金	円
(2) 変更増減額	金	円
(3) 変更後交付決定額	金	円

2 補助金の対象となる内容は、年 月 日付けで申請のあった訪問
介護等サービス提供体制確保支援事業費補助金変更交付申請書記載のとおり。

3 補助金の取扱いは、年 月 日付け第 号
年度訪問介護等サービス提供体制確保支援事業費補助金交付決定通知書に準じ
るとともに、補助事業の実施においては、訪問介護等サービス提供体制確保支援
事業費補助金交付要綱の規定に従わなければならない。

様式第 8 号（第 11 条関係）

年 月 日

宮崎県知事

殿

申請者 住所
法人名
代表者職氏名
担当者氏名
連絡先

訪問介護等サービス提供体制確保支援事業費補助金請求書

年 月 日付け第 号で交付額の確定を受けた

年度訪問介護等サービス提供体制確保支援事業費補助金について、訪問介護等サービス提供体制確保支援事業費補助金交付要綱第 11 条の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 請求額 金 円

2 振込口座

金融機関名							
支 店 名							
銀行コード					支店コード		
預金の種類 (選択項目に○)							
口 座 番 号							
口座名義人 (カタカナ)							

※ 必ず申請者名義の口座にしてください。

※ ゆうちょ銀行の振込用口座番号は、通常の口座番号と異なりますので、銀行に確認して間違いのないようにしてください。

※ 通帳の写し（金融機関名、支店名、口座番号及びカナ口座名義人が表示されている面）の添付をお願いします。

様式第 9 号（第 12 条関係）

年 月 日

宮崎県知事

殿

申請者 住所
法人名
代表者職氏名

年度仕入に係る消費税等相当額報告書

年 月 日付け第 号で補助金交付決定通知のあった
訪問介護等サービス提供体制確保支援事業費補助金について、訪問介護等サービス
提供体制確保支援事業費補助金交付要綱第 12 条の規定に基づき、下記のとおり報告
します。

記

- | | | |
|--|---|---|
| 1 補助金等の交付に関する規則第 15 条の補助金の額の確定額
(年 月 日付け第 号による確定通知額) | 金 | 円 |
| 2 補助金の確定時に減額した仕入に係る消費税等相当額 | 金 | 円 |
| 3 消費税及び地方消費税の申告により確定した仕入に係る消費税等仕入控除税額
(要補助金返還相当額) | 金 | 円 |
| 4 補助金返還相当額 (3 - 2) | 金 | 円 |

(文 書 番 号)
年 月 日

宮崎県知事 河野 俊嗣 殿

申請者 住所
法人名
代表者職氏名

年度訪問介護等サービス提供体制確保支援事業費補助金交付申請書

訪問介護等サービス提供体制確保支援事業費補助金交付要綱に基づく 年度訪問介護等サービス提供体制確保支援事業費補助金については、 円を交付されるよう補助金等に関する規則（昭和 39 年宮崎県規則第 49 号）第 3 条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1 添付書類

- (1) 事業計画書（様式第 1 号）
- (2) 所要見込額調書（様式第 1 号の 2）
- (3) 収支予算書（様式第 2 号）
- (4) 対象ヘルパーの経歴が分かる資料（別表 1 の I の（2）の事業を行う場合）
- (5) カスタマーハラスメントに関する概要書（別記様式第 3 号）（別表 1 の I の（3）の事業を行う場合）
- (6) 納税証明書（県税に未納がないことの証明）
- (7) 特別徴収実施確認・開始誓約書（様式第 4 号）
- (8) 誓約書（様式第 5 号）
- (9) その他参考資料

2 本件担当者氏名等

担当者氏名
電 話 番 号
電子メール

(文 書 番 号)
年 月 日

宮崎県知事 河野 俊嗣 殿

申請者 住所
法人名
代表者職氏名

年度訪問介護等サービス提供体制確保支援事業費補助金に係る実績報告について

年 月 日付け（文書番号）で交付決定のあった 年度訪問介護等サービス提供体制確保支援事業費補助金について、補助金等の交付に関する規則第 14 条の規定により、その実績を関係書類を添えて報告します。

記

1 添付書類

- (1) 事業実績書（様式第 1 号）
- (2) 所要額調書（様式第 1 号の 2）
- (3) 収支決算書（様式第 2 号）
- (4) 領収書等の補助対象経費が確認できる書類
- (5) その他参考となる資料

2 本件担当者氏名等

担当者氏名：

電話番号：

電子メール：