

**計画書(介護人材確保・職場環境改善等事業、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、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。)及び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。

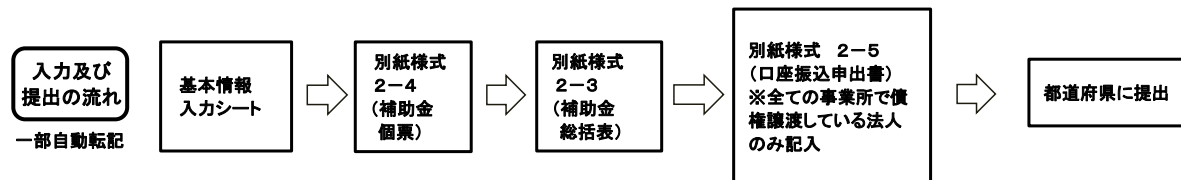
②補助金を申請する場合は、各事業所の所在する都道府県に基本情報入力シート、別紙様式2-3、2-4、2-5を、それぞれ提出してください。

●自動転記の仕組みを活用するため、必ず ①「基本情報入力シート」→ ②「別紙様式2-4」→ ③「別紙様式2-3」(→④「別紙様式2-5」)の順番でシートを作成してください。この順番で作成しないと、情報が正確に転記されず計画書が完成しません。

●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。

●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、都道府県に基本情報入力シート、別紙様式2-3、2-4、2-5を提出してください。
その際、別紙様式2-1、2-2は自動的にグレーアウトされる(塗りつぶされる)ようになっていますので、シートは削除しないでください。

●「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。



※上記は補助金計画書を神奈川県へ提出する際の作成の流れとなります。処遇改善加算の届出については、各指定権者からの案内に従い対応してください。

※神奈川県が指定している事業所であっても、処遇改善加算計画書については提出先が異なりますのでお間違えの無いようご注意ください。

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)
		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「補助金様式を都道府県に提出」、「提出先」を「神奈川県」としてください。

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(塗りつぶされる)ようになっていますのでシートは削除しないでください。

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。

〒に付する数字は、必ずしも郵便番号に一致するとは限りません。記入方法が各欄頭に反映されています。

法人名	フリガナ	シニアウイルカブシキガイシャ			
	名称	シニアウイル株式会社			
法人住所	〒	251	-	0004	
	住所1(番地・住居番号まで)	神奈川県藤沢市藤が岡3-15-20			
	住所2(建物名等)				
法人代表者	職名	代表取締役			
	氏名	森 俊幸			
法人番号		6021001004627			
書類作成担当者	フリガナ	カトウ マサト			
	氏名	加藤 雅人			
連絡先	電話番号	045-410-7347			
	E-mail	honbu_note@senior-will.co.jp			

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。記入内容が別紙様式2-2及び別紙様式2-4に反映されます。

※「一月あたり介護報酬総単位数[単位]」は、一月あたり介護報酬総単位数として見込まれる単位数を、前年7月から12月までの6か月間の介護報酬総単位数(処遇改善加算等の各種加算減算を含む。)を6で除するなどの適切な方法によって推計し、事業所ごとに記載してください。

また、「一月あたり処遇改善加算の加算単位数[単位]」は、前年7月から12月までの処遇改善加算の単位数の合計を6で除するなどの方法によって推計し、事業所ごとに記載してください。

なお、令和7年度に事業拡大等に伴う単位数の増減が見込まれる場合には、加算についての適切な計画を策定するため、それらの増減の見込を反映させる等の調整を行っても差し支えありません。

※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。

O

[illegible]

1 基本情報

フリガナ	シニアウイルカブシキガイシャ			
法人名	シニアウイル株式会社			
法人所在地	〒 251-0004			
	神奈川県藤沢市藤が岡3-15-20			
フリガナ	カトウ マサト			
書類作成担当者	加藤 雅人			
連絡先	電話番号	045-410-7347	E-mail	honbu_note@senior-will.co.jp

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(消費税額は交付対象外)

【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充てたかを報告いただきます。
- 消費税額は補助対象外経費であるため、職場環境改善経費に含めることはできません。職場環境改善経費へ補助金を充当する場合は、消費税額を除いた費用が交付額以上となる必要があります。
- 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。

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、基準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。	—



✓ 本介護人材確保・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】
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。

令和 7 年 4 月 14 日 法人名 シニアウイル株式会社
代表者 職名 代表取締役 森 俊幸

- 【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、基準月が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	4,571,336	シニアウイルおどりば戸塚	債権譲渡をしていない

提出先	神奈川県
-----	------

【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、可能な限り神奈川県内の事業所のみで作成すること。
- ・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2－3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。
- ・補助金の支払は、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に、法人単位から都道府県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、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。
- ・全ての事業所で債権譲渡を行っている場合は、別紙様式2－5を作成すること。

補助金の見込額の合計[円]	4,571,336
提出先都道府県での補助金の見込額の合計[円]	4,571,336

[illegible]