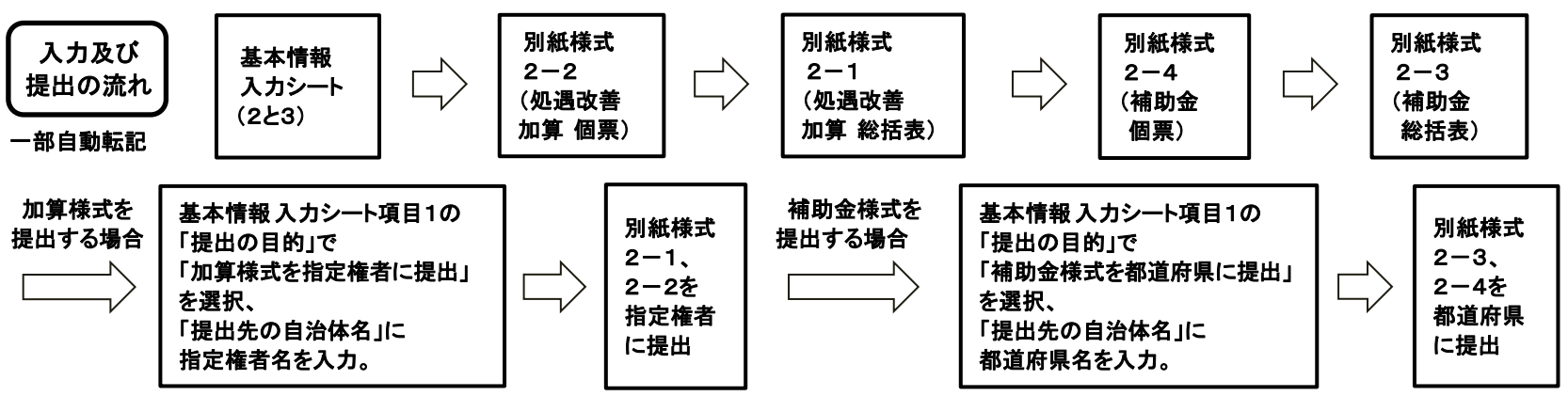
計画書（介護人材確保・職場環境改善等事業、介護職員等処遇改善加算）
基本情報入力シート

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処遇改善加算を申請する場合は、各事業所の指定権者に別紙様式2-1、2-2を、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別紙様式2-3、2-4を、それぞれ提出してください。その際、補助金の申請事務を都道府県が外部委託している場合もございますので、必ず都道府県のホームページをご確認ください。

●自動転記の仕組みを活用するため、下記の作業フローに基づき、シートを完成させてください。
本計画書を用いて、処遇改善加算のみの申請を行う場合、別紙様式2-3及び2-4の入力は不要です。
●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。
処遇改善加算を申請する際は、「提出の目的」を「加算様式を指定権者に提出」とし、「加算様式の提出先」に記入した上で、
指定権者に別紙様式2-1，2-2を提出してください。
その際、様式2-3，2-4は自動的にグレーアウトされるようになっていますので、シートの削除は不要です。
●その後、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、
都道府県に別紙様式2-3，2-4を提出してください。
この場合も同様に、その他の様式シート（別紙様式2-1，2-2）の削除は不要です。
●「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。



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）
		千葉県

※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」を選択し、提出先の自治体名を選択・記載してください。
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ようになっています。
再度全ての様式を確認したい場合は、「提出の目的」で空欄を選択してください。

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。

法人名	フリガナ	
	名称	
法人住所	〒	－（郵便番号）
	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。	

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	一月あたり介護報酬総単位数[単位]	一月あたり処遇改善加算の加算単位数[単位]	一月あたり介護報酬総単位数（処遇改善加算を除く）[単位]	1単位あたりの単価（地域単価）[円]	介護人材確保・職場環境改善等事業を申請予定
			都道府県	市区町村								
1										0		
2										0		
3										0		
4										0		
5										0		
6										0		
7										0		
8										0		
9										0		
10										0		
11										0		
12										0		
13										0		
14										0		
15										0		
16										0		

別紙様式２－３（介護人材確保・職場環境改善等事業計画書　総括表）

提出先	千葉県

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。	―

□　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　　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。

（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、支給要件及び使途	
補助金の使途が示されている	
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、交付対象月が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。
千葉県	0		

別紙様式２－４（介護人材確保・職場環境改善等事業計画書　個票）

提出先	千葉県

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２－３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・施設のみの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、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。

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	介護人材確保・職場環境改善等事業を申請予定	一月あたり介護報酬総単位数[単位](a)	１単位あたりの単価[円](b)	交付率（ｃ）	補助金の見込額（e）（ａ×ｂ×ｃ）[円]	交付対象月 ※令和6年12月を基本とし、各事業所の判断により、令和7年1月、2月又は3月も選択可能。どれか1つのみに「○」。）				国保連合会に登録している口座のうち、振込先の希望（各都道府県で1つのみに「○」。振込先でない事業所には「－」。）	振込先に選択した事業所が債権譲渡を行っており、別途都道府県に振込口座情報の提供が必要。	
			都道府県	市区町村									令和6年12月	令和7年1月	令和7年2月	令和7年3月			
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			

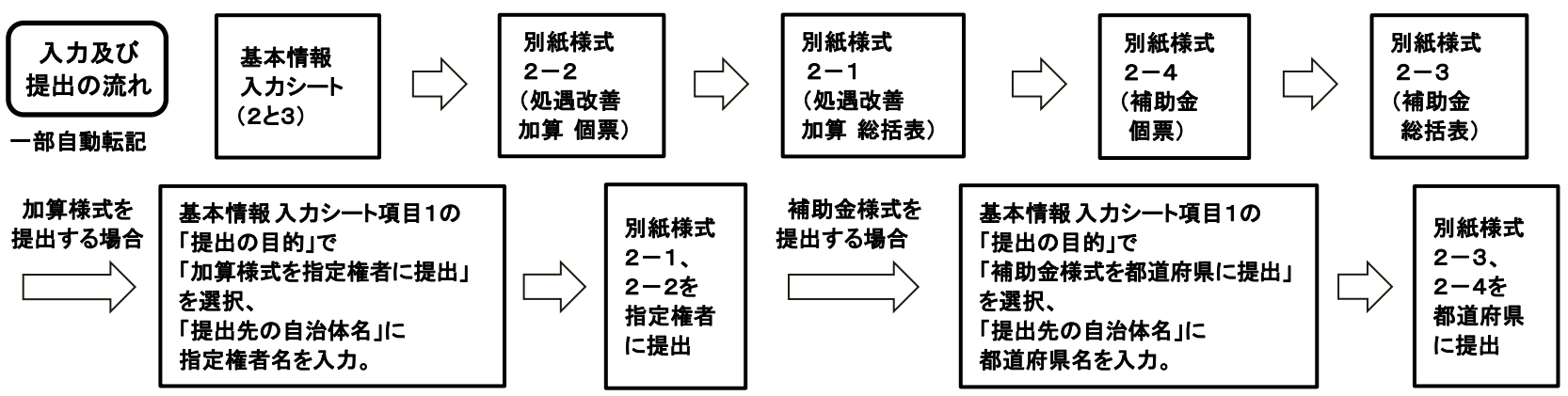
計画書（介護人材確保・職場環境改善等事業、介護職員等処遇改善加算）
基本情報入力シート

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処遇改善加算を申請する場合は、各事業所の指定権者に別紙様式2-1、2-2を、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別紙様式2-3、2-4を、それぞれ提出してください。その際、補助金の申請事務を都道府県が外部委託している場合もございますので、必ず都道府県のホームページをご確認ください。

●自動転記の仕組みを活用するため、下記の作業フローに基づき、シートを完成させてください。
本計画書を用いて、処遇改善加算のみの申請を行う場合、別紙様式2-3及び2-4の入力は不要です。
●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。
処遇改善加算を申請する際は、「提出の目的」を「加算様式を指定権者に提出」とし、「加算様式の提出先」に記入した上で、
指定権者に別紙様式2-1，2-2を提出してください。
その際、様式2-3，2-4は自動的にグレーアウトされるようになっていますので、シートの削除は不要です。
●その後、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、
都道府県に別紙様式2-3，2-4を提出してください。
この場合も同様に、その他の様式シート（別紙様式2-1，2-2）の削除は不要です。
●「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。



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）
	東京都	東京都

※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」を選択し、提出先の自治体名を選択・記載してください。
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ようになっています。
再度全ての様式を確認したい場合は、「提出の目的」で空欄を選択してください。

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。

法人名	フリガナ	〇〇ケアサービス
	名称	〇〇ケアサービス
法人住所	〒	100 － 0005
	住所１（番地・住居番号まで）	東京都千代田区１－１－１
	住所２（建物名等）	〇〇ビル〇〇号室
法人代表者	職名	代表取締役
	氏名	厚労 花子
法人番号		1234567891234
書類作成担当者	フリガナ	コウロウ タロウ
	氏名	厚労 太郎
連絡先	電話番号	000-0000-0000
	E-mail	aaa@aaa.com

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。	○

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	一月あたり介護報酬総単位数[単位]	一月あたり処遇改善加算の加算単位数[単位]	一月あたり介護報酬総単位数（処遇改善加算を除く）[単位]	1単位あたりの単価（地域単価）[円]	介護人材確保・職場環境改善等事業を申請予定
			都道府県	市区町村								
1	1111111111	東京都	東京都	千代田区	○○ホームヘルプ	訪問介護	11	1,000,000	250,000	750,000	11.40	○
2	2222222222	東京都	東京都	千代田区	××ホームヘルプ	訪問介護	11	1,000,000	250,000	750,000	11.40	○
3	3333333333	東京都	東京都	千代田区	△△ホームヘルプ	訪問介護	11	1,000,000	250,000	750,000	11.40	○
4	4444444444	東京都	東京都	千代田区	■■ホームヘルプ	訪問介護	11	1,000,000	250,000	750,000	11.40	○
5	1111111111	千代田区	東京都	千代田区	◇◇ホームヘルプ	夜間対応型訪問介護	71	1,000,000	250,000	750,000	11.40	○
6	1111111112	千代田区	東京都	千代田区	○○定巡	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	76	1,000,000	250,000	750,000	11.40	○
7	1111111113	東京都	東京都	千代田区	○○訪問入浴介護	訪問入浴介護	12	1,000,000	250,000	750,000	11.40	○
8	1111111114	東京都	東京都	千代田区	○○訪問入浴介護	介護予防訪問入浴介護	62	1,000,000	250,000	750,000	11.40	○
9	1111111115	東京都	東京都	千代田区	○○デイケア	通所介護	15	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
10	1111111116	千代田区	東京都	千代田区	○○デイケア	地域密着型通所介護	78	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
11	1111111117	東京都	東京都	千代田区	○○リハ	通所リハビリテーション	16	1,000,000	250,000	750,000	11.10	○
12	1111111118	東京都	東京都	千代田区	○○リハ	介護予防通所リハビリテーション	66	1,000,000	250,000	750,000	11.10	○
13	1111111119	東京都	東京都	千代田区	○○の杜	特定施設入居者生活介護	33	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
14	1111111120	東京都	東京都	千代田区	○○の杜	特定施設入居者生活介護（短期利用型）	27	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
15	1111111121	東京都	東京都	千代田区	○○の杜	介護予防特定施設入居者生活介護	35	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
16	1111111122	千代田区	東京都	千代田区	○○の杜	地域密着型特定施設入居者生活介護	36	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○

17	1111111123	千代田区	東京都	千代田区	○○の杜	地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用型)	28	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
18	1111111124	千代田区	東京都	千代田区	○○デイケア	認知症対応型通所介護	72	1,000,000	250,000	750,000	11.10	○
19	1111111125	千代田区	東京都	千代田区	○○デイケア	介護予防認知症対応型通所介護	74	1,000,000	250,000	750,000	11.10	○
20	1111111126	千代田区	東京都	千代田区	○○小多機	小規模多機能型居宅介護	73	1,000,000	250,000	750,000	11.10	○
21	1111111127	千代田区	東京都	千代田区	○○小多機	小規模多機能型居宅介護(短期利用型)	68	1,000,000	250,000	750,000	11.10	○
22	1111111128	千代田区	東京都	千代田区	○○小多機	介護予防小規模多機能型居宅介護	75	1,000,000	250,000	750,000	11.10	○
23	1111111129	千代田区	東京都	千代田区	○○小多機	介護予防小規模多機能型居宅介護(短期利用型)	69	1,000,000	250,000	750,000	11.10	○
24	1111111130	千代田区	東京都	千代田区	○○看多機	複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)	77	1,000,000	250,000	750,000	11.10	○
25	1111111131	千代田区	東京都	千代田区	○○看多機	複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型)	79	1,000,000	250,000	750,000	11.10	○
26	1111111132	千代田区	東京都	千代田区	○○GH	認知症対応型共同生活介護	32	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
27	1111111133	千代田区	東京都	千代田区	○○GH	認知症対応型共同生活介護(短期利用型)	38	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
28	1111111134	千代田区	東京都	千代田区	○○GH	介護予防認知症対応型共同生活介護	37	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
29	1111111135	千代田区	東京都	千代田区	○○GH	介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用型)	39	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
30	1111111136	東京都	東京都	千代田区	○○施設	介護老人福祉施設サービス	51	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
31	1111111137	千代田区	東京都	千代田区	○○施設	地域密着型介護老人福祉施設	54	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
32	1111111138	東京都	東京都	千代田区	○○施設	短期入所生活介護	21	1,000,000	250,000	750,000	11.10	○
33	1111111139	東京都	東京都	千代田区	○○施設	介護予防短期入所生活介護	24	1,000,000	250,000	750,000	11.10	○
34	1111111140	東京都	東京都	千代田区	○○施設	介護老人保健施設サービス	52	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
35	1111111141	東京都	東京都	千代田区	○○施設	短期入所療養介護(介護老人保健施設)	22	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
36	1111111142	東京都	東京都	千代田区	○○施設	介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設)	25	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
37	1111111143	東京都	東京都	千代田区	○○施設	短期入所療養介護（病院等(老健以外)）	23	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○

38	1111111144	東京都	東京都	千代田区	○○施設	介護予防短期入所療養介護（病院等（老健以外））	26	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
39	1111111145	東京都	東京都	千代田区	○○施設	介護医療院サービス	55	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
40	1111111146	東京都	東京都	千代田区	○○施設	短期入所療養介護（介護医療院）	2A	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
41	1111111147	東京都	東京都	千代田区	○○施設	介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	2B	1,000,000	250,000	750,000	10.90	○
42	1111111148	千代田区	東京都	千代田区	○○ホームヘルプ	訪問型サービス（独自）	A2	1,000,000	250,000	750,000	数式を削除して手入力	○
43	1111111149	千代田区	東京都	千代田区	○○ホームヘルプ	訪問型サービス（独自／定率）	A3	1,000,000	250,000	750,000	数式を削除して手入力	○
44	1111111150	千代田区	東京都	千代田区	○○ホームヘルプ	訪問型サービス（独自／定額）	A4	1,000,000	250,000	750,000	数式を削除して手入力	○
45	1111111151	千代田区	東京都	千代田区	○○デイケア	通所型サービス（独自）	A6	1,000,000	250,000	750,000	数式を削除して手入力	○
46	1111111152	千代田区	東京都	千代田区	○○デイケア	通所型サービス（独自／定率）	A7	1,000,000	250,000	750,000	数式を削除して手入力	○
47	1111111153	千代田区	東京都	千代田区	○○デイケア	通所型サービス（独自／定額）	A8	1,000,000	250,000	750,000	数式を削除して手入力	○
48										0		

別紙様式２－３（介護人材確保・職場環境改善等事業計画書　総括表）

提出先	東京都

１　基本情報

フリガナ	〇〇ケアサービス			
法人名	〇〇ケアサービス			
法人所在地	〒 100-0005			
	東京都千代田区１－１－１ 〇〇ビル〇〇号室			
フリガナ	コウロウ タロウ			
書類作成担当者	厚労 太郎			
連絡先	電話番号	000-0000-0000	E-mail	aaa@aaa.com

２　補助金の支給要件及び使途

〇

【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。	（ア）研修費

【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。

〇

	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。	―

〇

✓ **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　1　日　　法人名　〇〇ケアサービス
代表者　職名　代表取締役　　厚労 花子

【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、支給要件及び使途	
補助金の使途が示されている	○
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、交付対象月が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。
東京都	35,248,800	××ホームヘルプ	債権譲渡をしていない

別紙様式２－４（介護人材確保・職場環境改善等事業計画書　個票）

提出先	東京都

法人名	○○ケアサービス

補助金の見込額の合計［円］	35,248,800
提出先都道府県での補助金の見込額の合計[円]	35,248,800

【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２－３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・施設のみの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、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。

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	介護人材確保・職場環境改善等事業を申請予定	一月あたり介護報酬総単位数［単位](a)	１単位あたりの単価[円](b)	交付率（ｃ）	補助金の見込額（e）（ａ×ｂ×ｃ）［円］	交付対象月 ※令和6年12月を基本とし、各事業所の判断により、令和7年1月、2月又は3月も選択可能。どれか1つのみに「○」。）				国保連合会に登録している口座のうち、振込先の希望（各都道府県で1つのみに「○」。振込先でない事業所には「－」。）	振込先に選択した事業所が債権譲渡を行っており、別途都道府県に振込口座情報の提供が必要。	○
			都道府県	市区町村									令和6年12月	令和7年1月	令和7年2月	令和7年3月			○
1	1111111111	東京都	東京都	千代田区	○○ホームヘルプ	訪問介護	11	○	1,000,000	11.40	10.5%	1,197,000	○				－		○
2	2222222222	東京都	東京都	千代田区	××ホームヘルプ	訪問介護	11	○	1,000,000	11.40	10.5%	1,197,000	○				○	債権譲渡をしていない	○
3	3333333333	東京都	東京都	千代田区	△△ホームヘルプ	訪問介護	11	○	1,000,000	11.40	10.5%	1,197,000	○				－		
4	4444444444	東京都	東京都	千代田区	■■ホームヘルプ	訪問介護	11	○	1,000,000	11.40	10.5%	1,197,000	○				－		
5	1111111111	千代田区	東京都	千代田区	◇◇ホームヘルプ	夜間対応型訪問介護	71	○	1,000,000	11.40	10.5%	1,197,000	○				－		
6	1111111112	千代田区	東京都	千代田区	○○定巡	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	76	○	1,000,000	11.40	10.5%	1,197,000	○				－		
7	1111111113	東京都	東京都	千代田区	○○訪問入浴介護	訪問入浴介護	12	○	1,000,000	11.40	6.3%	718,200	○				－		
8	1111111114	東京都	東京都	千代田区	○○訪問入浴介護	介護予防訪問入浴介護	62	○	1,000,000	11.40	6.3%	718,200	○				－		
9	1111111115	東京都	東京都	千代田区	○○デイケア	通所介護	15	○	1,000,000	10.90	6.4%	697,600	○				－		
10	1111111116	千代田区	東京都	千代田区	○○デイケア	地域密着型通所介護	78	○	1,000,000	10.90	6.4%	697,600	○				－		
11	1111111117	東京都	東京都	千代田区	○○リハ	通所リハビリテーション	16	○	1,000,000	11.10	5.5%	610,500	○				－		
12	1111111118	東京都	東京都	千代田区	○○リハ	介護予防通所リハビリテーション	66	○	1,000,000	11.10	5.5%	610,500	○				－		
13	1111111119	東京都	東京都	千代田区	○○の杜	特定施設入居者生活介護	33	○	1,000,000	10.90	7.4%	806,600	○				－		
14	1111111120	東京都	東京都	千代田区	○○の杜	特定施設入居者生活介護（短期利用型）	27	○	1,000,000	10.90	7.4%	806,600	○				－		
15	1111111121	東京都	東京都	千代田区	○○の杜	介護予防特定施設入居者生活介護	35	○	1,000,000	10.90	7.4%	806,600	○				－		
16	1111111122	千代田区	東京都	千代田区	○○の杜	地域密着型特定施設入居者生活介護	36	○	1,000,000	10.90	7.4%	806,600	○				－		

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	介護人材確保・職場環境改善等事業を申請予定	一月あたり介護報酬総単位数[単位](a)	1単位あたりの単価[円](b)	交付率（ｃ）	補助金の見込額（e）（ａ×ｂ×ｃ）[円]	交付対象月 ※令和6年12月を基本とし、各事業所の判断により、令和7年1月、2月又は3月も選択可能。どれか1つのみに「○」。）				国保連合会に登録している口座のうち、振込先の希望（各都道府県で1つのみに「○」。振込先でない事業所には「－」。）	振込先に選択した事業所が債権譲渡を行っており、別途都道府県に振込口座情報の提供が必要。	○ ○ ○
			都道府県	市区町村									令和6年12月	令和7年1月	令和7年2月	令和7年3月		
17	1111111123	千代田区	東京都	千代田区	○○の杜	地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用型）	28	○	1,000,000	10.90	7.4%	806,600	○				－	
18	1111111124	千代田区	東京都	千代田区	○○デイケア	認知症対応型通所介護	72	○	1,000,000	11.10	13.2%	1,465,200	○				－	
19	1111111125	千代田区	東京都	千代田区	○○デイケア	介護予防認知症対応型通所介護	74	○	1,000,000	11.10	13.2%	1,465,200	○				－	
20	1111111126	千代田区	東京都	千代田区	○○小多機	小規模多機能型居宅介護	73	○	1,000,000	11.10	8.4%	932,400	○				－	
21	1111111127	千代田区	東京都	千代田区	○○小多機	小規模多機能型居宅介護（短期利用型）	68	○	1,000,000	11.10	8.4%	932,400	○				－	
22	1111111128	千代田区	東京都	千代田区	○○小多機	介護予防小規模多機能型居宅介護	75	○	1,000,000	11.10	8.4%	932,400	○				－	
23	1111111129	千代田区	東京都	千代田区	○○小多機	介護予防小規模多機能型居宅介護（短期利用型）	69	○	1,000,000	11.10	8.4%	932,400	○				－	
24	1111111130	千代田区	東京都	千代田区	○○看多機	複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）	77	○	1,000,000	11.10	8.4%	932,400	○				－	
25	1111111131	千代田区	東京都	千代田区	○○看多機	複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型）	79	○	1,000,000	11.10	8.4%	932,400	○				－	
26	1111111132	千代田区	東京都	千代田区	○○GH	認知症対応型共同生活介護	32	○	1,000,000	10.90	11.3%	1,231,700	○				－	
27	1111111133	千代田区	東京都	千代田区	○○GH	認知症対応型共同生活介護（短期利用型）	38	○	1,000,000	10.90	11.3%	1,231,700	○				－	
28	1111111134	千代田区	東京都	千代田区	○○GH	介護予防認知症対応型共同生活介護	37	○	1,000,000	10.90	11.3%	1,231,700	○				－	
29	1111111135	千代田区	東京都	千代田区	○○GH	介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用型）	39	○	1,000,000	10.90	11.3%	1,231,700	○				－	
30	1111111136	東京都	東京都	千代田区	○○施設	介護老人福祉施設サービス	51	○	1,000,000	10.90	8.3%	904,700	○				－	
31	1111111137	千代田区	東京都	千代田区	○○施設	地域密着型介護老人福祉施設	54	○	1,000,000	10.90	8.3%	904,700	○				－	
32	1111111138	東京都	東京都	千代田区	○○施設	短期入所生活介護	21	○	1,000,000	11.10	8.3%	921,300	○				－	
33	1111111139	東京都	東京都	千代田区	○○施設	介護予防短期入所生活介護	24	○	1,000,000	11.10	8.3%	921,300	○				－	
34	1111111140	東京都	東京都	千代田区	○○施設	介護老人保健施設サービス	52	○	1,000,000	10.90	4.3%	468,700	○				－	
35	1111111141	東京都	東京都	千代田区	○○施設	短期入所療養介護（介護老人保健施設）	22	○	1,000,000	10.90	4.3%	468,700	○				－	
36	1111111142	東京都	東京都	千代田区	○○施設	介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設）	25	○	1,000,000	10.90	4.3%	468,700	○				－	
37	1111111143	東京都	東京都	千代田区	○○施設	短期入所療養介護（病院等（老健以外））	23	○	1,000,000	10.90	2.7%	294,300	○				－	
38	1111111144	東京都	東京都	千代田区	○○施設	介護予防短期入所療養介護（病院等（老健以外））	26	○	1,000,000	10.90	2.7%	294,300	○				－	
39	1111111145	東京都	東京都	千代田区	○○施設	介護医療院サービス	55	○	1,000,000	10.90	2.7%	294,300	○				－	

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	介護人材確保・職場環境改善等事業を申請予定	一月あたり介護報酬総単位数[単位](a)	１単位あたりの単価[円](b)	交付率（ｃ）	補助金の見込額（e）（ａ×ｂ×ｃ）[円]	交付対象月 ※令和6年12月を基本とし、各事業所の判断により、令和7年1月、2月又は3月も選択可能。どれか1つのみに「○」。）				国保連合会に登録している口座のうち、振込先の希望（各都道府県で1つのみに「○」。振込先でない事業所には「－」。）	振込先に選択した事業所が債権譲渡を行っており、別途都道府県に振込口座情報の提供が必要。	○ ○ ○
			都道府県	市区町村									令和6年12月	令和7年1月	令和7年2月	令和7年3月			
40	1111111146	東京都	東京都	千代田区	○○施設	短期入所療養介護（介護医療院）	2A	○	1,000,000	10.90	2.7%	294,300	○				－		
41	1111111147	東京都	東京都	千代田区	○○施設	介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	2B	○	1,000,000	10.90	2.7%	294,300	○				－		
42	1111111148	千代田区	東京都	千代田区	○○ホームヘルプ	訪問型サービス（独自）	A2	○	1,000,000	数式を削除して手入力	10.5%	単価未入力	○				－		
43	1111111149	千代田区	東京都	千代田区	○○ホームヘルプ	訪問型サービス（独自／定率）	A3	○	1,000,000	数式を削除して手入力	10.5%	単価未入力	○				－		
44	1111111150	千代田区	東京都	千代田区	○○ホームヘルプ	訪問型サービス（独自／定額）	A4	○	1,000,000	数式を削除して手入力	10.5%	単価未入力	○				－		
45	1111111151	千代田区	東京都	千代田区	○○デイケア	通所型サービス（独自）	A6	○	1,000,000	数式を削除して手入力	6.4%	単価未入力	○				－		
46	1111111152	千代田区	東京都	千代田区	○○デイケア	通所型サービス（独自／定率）	A7	○	1,000,000	数式を削除して手入力	6.4%	単価未入力	○				－		
47	1111111153	千代田区	東京都	千代田区	○○デイケア	通所型サービス（独自／定額）	A8	○	1,000,000	数式を削除して手入力	6.4%	単価未入力	○				－		
48																			