

様式 1 （第 9 条関係）

番 号
年 月 日

福岡県知事 殿

所 在 地
事業者名
代表者名
（記名押印又は代表者による署名）

年度福岡県訪問介護等サービス体制強化事業費補助金交付申請書

このことについて、福岡県訪問介護等サービス体制強化事業費補助金交付要綱第 9 条の規定に基づき、下記により補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

記

- 1 交付申請額 金 円
- 2 所要額調書（様式 1－2）
- 3 事業計画書（様式 1－3）
- 4 役員一覧 （様式 1－4）
- 5 その他添付書類

年度福岡県訪問介護等サービス体制強化事業費補助金交付決定通知書

所 在 地
事業者名
代表者名

年 月 日付で申請のあった福岡県訪問介護等サービス体制強化事業費補助金については、福岡県補助金等交付規則（昭和 33 年福岡県規則第 5 号。以下「交付規則」という。）第 4 条及び福岡県訪問介護等サービス体制強化事業費補助金交付要綱（以下「要綱」という。）第 10 条の規定に基づき、下記のとおり交付することに決定したので通知します。

年 月 日

福岡県知事

記

- 1 この補助金の交付の対象となる事業は、次の事業所において行う要綱第 5 条に定める事業とし、その内容は当該補助金交付申請書記載のとおりとする。
- 2 補助事業に要する経費及び補助金の額は次のとおりである。

（1）事業に要する経費	円
（2）補助金の額	円
- 3 補助金の確定額は、要綱第 6 条に定める交付額の算定方法により行うものとする。
- 4 この補助金に係る事業実績報告書の提出期限は、事業完了後 1 か月以内又は交付決定のあった日の属する年度の 1 月末日のいずれか早い日までとする。
- 5 補助事業者は、交付規則及び要綱に従わなければならない。

様式 3（第 12 条関係）

番 号
年 月 日

福岡県知事 殿

所 在 地
事業者名
代表者名
（記名押印又は代表者による署名）

年度福岡県訪問介護等サービス体制強化事業費補助金変更交付申請書

年 月 日付 第 号で交付決定を受けた福岡県訪問介護等サービス体制強化事業費補助金について、交付決定額の変更を受けたいので福岡県訪問介護等サービス体制強化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申請します。

記

- 1 交付申請額 金 円
- 2 既交付決定額 金 円（差引申請額 円）
- 3 所要額調書（様式 1－2）
- 4 事業計画書（様式 1－3）
- 5 その他添付書類

様式4（第13条関係）

番 号
年 月 日

福岡県知事 殿

所 在 地
事業者名
代表者名

年度福岡県訪問介護等サービス体制強化事業費補助金
中止（廃止）承認申請書

年 月 日付 第 号で交付決定を受けた福岡県訪問介護等サービス体制強化事業費補助金について、事業の中止（廃止）の承認を受けた
いので福岡県訪問介護等サービス体制強化事業費補助金交付要綱第13条の規定に基
づき下記のとおり申請します。

記

1 中止（廃止）の理由

2 中止（廃止）の時期

様式 5（第 14 条関係）

番 号
年 月 日

福岡県知事 殿

所 在 地
事業者名
代表者名

年度福岡県訪問介護等サービス体制強化事業費補助金概算払請求書

年 月 日 第 号で（変更）交付決定を受けた福岡県訪問介護等サービス体制強化事業費補助金について、福岡県訪問介護等サービス体制強化事業費補助金交付要綱第 14 条の規定に基づき、下記のとおり概算払されるよう請求します。

記

- | | | |
|----------------------|---|---|
| 1 交付決定額
(変更交付決定額) | 金 | 円 |
| 2 受入済額 | 金 | 円 |
| 3 今回請求額 | 金 | 円 |

様式 6（第 15 条関係）

番 号
年 月 日

福岡県知事 殿

所 在 地
事業者名
代表者名

年度福岡県訪問介護等サービス体制強化事業費補助金実績報告書

年 月 日 第 号で交付決定を受けた福岡県訪問介護等サービス体制強化事業費補助金に係る実績報告について、福岡県訪問介護等サービス体制強化事業費補助金交付要綱第 15 条の規定に基づき、下記の関係書類を添えて報告します。

記

- 1 補助金精算額 金 円
- 2 所要額精算書（様式 6－2）
- 3 事業実績報告書（様式 6－3）
- 4 その他添付資料

様式 7（第 17 条関係）

番 号
年 月 日

福岡県知事 殿

所 在 地
事業者名
代表者名

年度消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

年 月 日 第 号により交付決定があった 年
度福岡県訪問介護等サービス体制強化事業費補助金について、福岡県訪問介護等サ
ービス体制強化事業費補助金交付要綱第 17 条に基づき、下記のとおり報告します。

記

- 1 福岡県補助金等交付規則（昭和 33 年福岡県規則第 5 号）第 14 条の規定に基
づく額の確定額又は事業実績報告額
金 円
- 2 消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税に係る仕
入控除税額（要県補助金返還相当額）
金 円
- 3 添付書類
2 の消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額の積算内訳等

様式1-2(1)

経費所要額調書

事業所番号: _____
対象事業所名: _____
サービス種別: _____

【研修体制の構築支援】

対象経費内訳	総事業費	寄付金その他の収入額	差引額	対象経費の支出予定額	補助率	補助基準額	補助金申請額
A	B	C	(B-C)D	E	F	G	千円未満切捨て H
		円	円			円	円
			0		10/10	100,000	0
合 計							0

- 1 A欄には、実施する又は受講する予定の研修名等を記載してください。
- 2 C欄には、当該事業に係る収入の額を記載してください。
- 3 E欄には、A欄の事業費のうち、補助対象経費の支出予定額を記載してください。
- 4 G欄には、本交付要綱に定める基準額を記入してください。
- 5 H欄は、D欄の額とG欄の額を比較して少ない方の額を記入してください。ただし、千円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとします。

経費所要額調書

事業所番号: _____
対象事業所名: _____
サービス種別: _____

【経験年数が短いホームヘルパー等への同行支援】

対象経費内訳	総事業費	寄付金その他の収入額	差引額	対象経費の支出予定額	補助率	補助基準額	補助金申請額
A	B	C	(B-C)D	E	F	G	千円未満切捨て H
		円		円		円	円
			0		10/10	0	0
合 計							0

- 1 A欄には、実施する予定の取組等を記載してください。
- 2 C欄には、当該事業に係る収入の額を記載してください。
- 3 E欄には、A欄の事業費のうち、補助対象経費の支出予定額を記載してください。
- 4 G欄には、以下の表に掲げる区分に応じた補助基準額を記載してください。
- | 所在地域 | 同行支援時間 | 補助基準額 |
|-------------------------|--------|----------|
| 千戸間地域等・離島
等地域（市町村単位） | 30分未満 | 3,500円/回 |
| | 30分以上 | 5,000円/回 |
| 千戸間地域等・離島
等地域（市町村単位） | 30分未満 | 2,500円/回 |
| | 30分以上 | 4,000円/回 |
- 5 H欄は、D欄の額とG欄の額を比較して少ない方の額を記入してください。ただし、千円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとします。

経費所要額調書

事業所番号： _____
対象事業所名： _____
サービス種別： _____

【登録ヘルパー等の常勤化の促進の支援】

対象経費内訳	総事業費	寄付金その他の 収入額	差引額	対象経費の 支出予定額	補助率	補助基準額	補助金申請額
A	B	C	(B-C)D	E	F	G	千円未満切捨て H
		円	円			円	円
			0		10/10	0	0
合 計							0

- 1 A欄には、実施する予定の取組等を記載してください。
- 2 C欄には、当該事業に係る収入の額を記載してください。
- 3 E欄には、A欄の事業費のうち、補助対象経費の支出予定額を記載してください。
- 4 G欄には、本交付要綱に定める基準額を記入してください。
- 5 H欄は、D欄の額とG欄の額を比較して少ない方の額を記入してください。ただし、千円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとします。

経費所要額調書

事業所番号: _____

対象事業所名: _____

サービス種別: _____

【小規模法人等の協働化・大規模化の取組の支援】

事業者グループ名	運営する訪問介護等事業所が全て中山間地域・離島等地域に所在する法人を含む	総事業費	寄付金その他の収入額	差引額	対象経費の支出予定額	補助率	補助基準額	補助金申請額
	A	B	C	(B-C)D	E	F	G	千円未満切捨て H
	○		円	円			円	円
				0		10/10	2,000,000	0
合 計								0

1 事業者グループ名には複数の法人で構成されたグループの名称を記載してください。

2 A欄には、「○」又は「×」を記載してください。

3 C欄には、当該事業に係る収入の額を記載してください。

4 E欄には、事業費のうち、補助対象経費の支出予定額を記載してください。

5 G欄には、以下の表に掲げる区分に応じた補助基準額を記載してください。

	補助基準額
運営する訪問介護等事業所が全て中山間地域等・離島等地域に所在する法人を含む	2,000,000円
運営する訪問介護等事業所が全て中山間地域等・離島等地域に所在する法人を含まない	1,500,000円

6 H欄は、D欄の額とG欄の額を比較して少ない方の額を記入してください。ただし、千円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとします。

様式1-3(1)

訪問介護等サービス体制強化支援事業 事業計画書
(研修体制の構築支援)

1. 対象事業所

事業所の名称			
サービス種別		介護保険事業所番号	
事業所の所在地	(郵便番号 -)		
連絡先	電話番号		E-mail

2. 事業内容

事業実施期間(予定)	年 月 日 ~ 年 月 日		
事業の内容	当てはまるものに「○」を付けてください。(複数選択可)		
	(1)介護人材の資質向上や定着促進に資する効果的なカリキュラムの作成・見直しやキャリアアップの仕組みづくりに要する費用		
	(2)介護職員のスキルアップのための研修等の受講に要する費用		
	(3)その他研修体制の構築のための取組に要する費用 (自由記載)		

注1 記入欄が不足する場合は「別紙のとおり」と記入し、別紙(任意様式)を添付すること。

3. 補助所要額内訳書

(単位:円)

経費区分	対象経費支出予定額	積算内訳	備考
合計	円		

4. 添付書類

① 事業内容が確認できる資料

- ・ 2(2)を選択した場合、受講料等がわかる資料
- ・ 2(3)を選択した場合、当該事業を実施するための費用がわかる資料

様式1-3(2)

訪問介護等サービス体制強化支援事業 事業計画書
(経験年数が短いホームヘルパー等への同行支援)

1. 対象事業所

事業所の名称				
サービス種別		介護保険事業所番号		
事業所の所在地	(郵便番号 -)			
連絡先	電話番号		E-mail	

2. 事業所の所在地

中山間地域等・離島等地域	該当する	該当しない

※該当箇所「○」をつけてください。

3. 事業内容

事業実施期間(予定)		年 月 日 ~		年 月 日				
No	経験年数が短いホームヘルパー等の氏名	同行職員		同行回数(予定)			補助基準額	
	氏名	採用年月日	氏名	従事期間(年)	30分未満	30分以上		計
1		年 月 日					0回	0円
2		年 月 日					0回	0円
3		年 月 日					0回	0円
4		年 月 日					0回	0円
5		年 月 日					0回	0円
6		年 月 日					0回	0円
7		年 月 日					0回	0円
8		年 月 日					0回	0円
9		年 月 日					0回	0円
10		年 月 日					0回	0円
11		年 月 日					0回	0円
12		年 月 日					0回	0円
13		年 月 日					0回	0円
14		年 月 日					0回	0円
15		年 月 日					0回	0円
合計					0回	0回	0回	0円

注1 記入欄が不足する場合は、「15」より上に行を追加すること。

注2 経験年数が短いホームヘルパー等1人につき30回まで。

注3 「経験年数が短いホームヘルパー等」とは、原則、訪問業務に従事した期間が1年未満の者であること。
ただし、他の事業所での経験があっても、1年以上の訪問業務から離れている期間がある場合は、経験年数が1年を超える場合でも対象とする。

注4 同行職員は訪問業務に従事した期間が3年以上の者とする。

様式1-3(3)

訪問介護等サービス体制強化支援事業 事業計画書
(登録ヘルパー等の常勤化の促進の支援)

1. 対象事業所

事業所の名称				
サービス種別		介護保険事業所番号		
事業所の所在地	(郵便番号 -)			
連絡先	電話番号		E-mail	

2. 事業内容

常勤職員が勤務すべき時間数※1		就業規則で定めた1週間の勤務時間。			
事業実施期間(予定)		年 月 日 ~ 年 月 日			
No	常勤化する登録ヘルパー等の氏名	常勤化前の勤務時間数	常勤化(雇用)後の勤務時間数(予定)	常勤化(雇用)後の勤務月数(予定)※3	補助基準額
	(離職された方の氏名)※2				
1					0円
2					0円
3					0円
4					0円
5					0円
合計		時間	時間	0月	0円

※1 就業規則で定めた1週間の勤務時間が32時間を下回る場合は32時間とする。

※2 登録ヘルパーの離職に伴い、新たに常勤のホームヘルパーを雇用する場合は、離職した登録ヘルパー等の氏名を記入。

※3 予定している常勤勤務月数は1人あたり3月までとする。

※ 記入欄が不足する場合は、「5」より上に行を追加すること。

3. 補助所要額内訳書

(単位:円)

経費区分	対象経費支出予定額	積算内訳	備考
合計	円		

【対象経費の例】

- ・登録ヘルパー等が常勤職員としての雇用を希望する場合に必要な賃金等(法定福利費等を含む)の差額の経費
- ・登録ヘルパー等の離職に伴い、新たに常勤のホームヘルパーを雇用する際に生じる賃金等の差額の経費

4. 添付書類

- ① 事業内容が確認できる資料(勤務予定表等)

様式1-3(4)①

訪問介護等サービス体制強化支援事業 事業計画書
(小規模法人等の協働化・大規模化の取組の支援)

※事業者グループの代表者が作成してください。

1. グループ代表者

事業所の名称			
サービス種別		介護保険事業所番号	
事業所の所在地	(郵便番号 -)		
連絡先	電話番号	E-mail	

※事業者グループの構成については、別紙、様式1-3(4)②に記入すること。

2. 対象法人の要件

構成予定の事業所に含まれる法人(該当するものに「○」をつけてください)

- ☐ ①1法人あたり1の訪問介護等事業所を運営する法人
- ☐ ②運営する訪問介護等事業所の前年度のいずれかの月における総訪問回数が概ね200回以下である法人。なお、「概ね200回」は400回程度を想定しており、例えば、前年度の平均延訪問回数600回以下の事業所等も対象となり得る
- ☐ ③運営する訪問介護等事業所の職員数が常勤換算方法で平均5人以下の法人
- ☐ ④運営する訪問介護等事業所が全て中山間地域等又は離島等地域に所在する法人

3. 事業内容

事業実施期間(予定)	年 月 日 ~ 年 月 日
事業の目的	
事業の内容	当てはまるものに「○」を付けてください。(複数選択可)
	☐ 人材募集や一括採用、合同研修等の実施
	☐ 従業員の職場定着や職場の魅力発信に資する取組
	☐ 人事管理や福利厚生、請求業務等のシステム共通化
	☐ 物品調達の合理化のための共同購入の取組
	☐ 協働化等に合わせて行うICTインフラの整備
	☐ その他小規模法人等の協働化・大規模化の取組の支援に要した経費(自由記載)
目標とする成果	

注1 記入欄が不足する場合は「別紙のとおり」と記入し、別紙(任意様式)を添付すること。

4. 補助所要額内訳書

(単位:円)

経費区分	対象経費支出予定額	積算内訳	備考
合計	円		

注1 記入欄が不足する場合は「別紙のとおり」と記入し、別紙(任意様式)を添付すること。

5. 添付書類

- ① 事業内容が確認できる資料(実施要領や仕様書等)
- ② 見積書等金額が確認できるもの

様式1－3(4)②

小規模法人等の協働化・大規模化の取組の支援
(事業者グループにおける訪問介護事業所一覧)

事業者グループ名 _____

No	対象法人 の要件 ※1	運営法人				事業者グループにおける訪問介護事業所							
		法人名 (グループ代表に○)	法人代表者 氏名	訪問介護事業 所の数 ※2	うち中山間地域 等に所在する数 ※3	事業所番号	事業所名称	所在地	電話番号	管理者氏名	総訪問回数 ※4	平均職員数 (常勤換算)	中山間地域 等に所在 ※5
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

※1 下記に記載している「対象法人の要件」に該当する法人は番号を記載してください。
※2 法人が運営する訪問介護等事業所数を記載してください。
※3 法人が運営する訪問介護等事業所が中山間地域等又は離島等地域に所在する数を記載してください。
※4 法人が運営する訪問介護等事業所の前年度のいずれかの月における総訪問回数を記載してください。
※5 法人が運営する訪問介護等事業所が中山間地域等又は離島等地域に所在する場合は「○」を選択してください。
※ 行が足りない場合は、適宜追加してください。

【対象法人の要件】
①1法人あたり1の訪問介護等事業所を運営する法人
②運営する訪問介護等事業所の前年度のいずれかの月における総訪問回数が概ね200回以下である法人。
なお、「概ね200回」は400回程度を想定しており、例えば、前年度の平均延訪問回数600回以下の事業所等も対象となり得る。
③運営する訪問介護等事業所の職員数が常勤換算方法で平均5人以下の法人
④運営する訪問介護等事業所が全て中山間地域等又は離島等地域に所在する法人

役 員 一 覧

年 月 日

福岡県知事 殿

(法人情報)
所 在 地

名 称

代 表 者 氏

	役職名	姓 ^ｶ (半角 ^ｶ)	名 ^ｶ (半角 ^ｶ)	姓	名	生年月日			性別 男性:M 女性:F
						元号 大正:T 昭和:S 平成:H 令和:R	年	月	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									

※ 役員全員を記載すること。
※ 「小規模法人等の協働化・大規模化の取組の支援」を申請する場合は、法人グループに構成されるすべての法人の役員全員を記載すること。

経費所要額清算書

事業所番号: _____
対象事業所名: _____
サービス種別: _____

【研修体制の構築支援】

対象経費内訳	対象経費の 実支出額	寄付金その他の 収入額	差引額	補助率	補助基準額	選定額	交付決定額	補助金受入済額	差引過不足額
A	B	C	(B-C)D	E	F	G	H	I	千円未満切捨て (H-I)J
	円	円	円		円	円	円	円	円
			0	10/10	100,000	0			0
合 計									0

- 1 A欄には、実施した又は受講した研修名等を記載してください。
- 2 B欄には、A欄の事業費のうち、補助対象経費の実支出額を記載してください。
- 3 C欄には、当該事業に係る収入の額を記載してください。
- 4 F欄には、本交付要綱に定める基準額を記入してください。
- 5 G欄は、D欄の額とF欄の額を比較して少ない方の額を記入してください。ただし、千円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとします。
- 6 I欄には、概算払い請求により受入を行った補助金額を記入してください。

経費所要額清算書

事業所番号: _____
対象事業所名: _____
サービス種別: _____

【経験年数が短いホームヘルパー等への同行支援】

対象経費内訳	対象経費の 実支出額	寄付金その他の 収入額	差引額	補助率	補助基準額	選定額	交付決定額	補助金受入済額	差引過不足額
A	B	C	(B-C)D	E	F	G	H	I	千円未満切捨て (H-I)J
	円	円	円		円	円	円	円	円
			0	10/10	0	0			0
合 計									0

- 1 A欄には、実施した取組等を記載してください。
2 B欄には、A欄の事業費のうち、補助対象経費の実支出額を記載してください。
3 C欄には、当該事業に係る収入の額を記載してください。
4 G欄には、以下の表に掲げる区分に応じた補助基準額に、C欄及びD欄の回数を乗じた補助基準額を記載してください。

所在地域	同行支援時間	補助基準額
中山間地域等・離島等地域に事業所が所在	30分未満	3,500円/回
	30分以上	5,000円/回
中山間地域等・離島等地域以外に事業所が所在	30分未満	2,500円/回
	30分以上	4,000円/回

- 5 G欄は、D欄の額とF欄の額を比較して少ない方の額を記入してください。ただし、千円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとします。
6 I欄には、概算払い請求により受入を行った補助金額を記入してください。

経費所要額清算書

事業所番号: _____
対象事業所名: _____
サービス種別: _____

【登録ヘルパー等の常勤化の促進の支援】

対象経費内訳	対象経費の 実支出額	寄付金その他の 収入額	差引額	補助率	補助基準額	選定額	交付決定額	補助金受入済額	差引過不足額
A	B	C	(B-C)D	E	F	G	H	I	千円未満切捨て (H-I)J
	円	円	円		円	円	円	円	円
			0	10/10	0	0			0
合 計									0

- 1 A欄には、実施した取組等を記載してください。
- 2 B欄には、A欄の事業費のうち、補助対象経費の実支出額を記載してください。
- 3 C欄には、当該事業に係る収入の額を記載してください。
- 4 F欄には、本交付要綱に定める基準額を記入してください。
- 5 G欄は、D欄の額とF欄の額を比較して少ない方の額を記入してください。ただし、千円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとします。
- 6 I欄には、概算払い請求により受入を行った補助金額を記入してください。

経費所要額調書

事業所番号: _____
対象事業所名: _____
サービス種別: _____

【小規模法人等の協働化・大規模化の取組の支援】

事業者グループ名	運営する訪問介護等事業所が全て中山間地域・離島等地域に所在する法人を含む	対象経費の実支出額	寄付金その他の収入額	差引額	補助率	補助基準額	選定額 千円未満切捨て	交付決定額	補助金受入済額	差引過不足額
	A	B	C	(B-C)D 円	E	F 円	G 円	H 円	I 円	(G-I)J 円
				0	10/10	1,500,000	0			0
合 計										0

- 1 事業者グループ名には複数の法人で構成されたグループの名称を記載してください。
2 A欄には、「○」又は「×」を記載してください。
3 B欄には、事業費のうち、補助対象経費の実支出額を記載してください。
4 C欄には、当該事業に係る収入の額を記載してください。
5 F欄には、以下の表に掲げる区分に応じた補助基準額を記載してください。

	補助基準額
運営する訪問介護等事業所が全て中山間地域等・離島等地域に所在する法人を含む	2,000,000円
運営する訪問介護等事業所が全て中山間地域等・離島等地域に所在する法人を含まない	1,500,000円

- 6 G欄は、D欄の額とF欄の額を比較して少ない方の額を記入してください。ただし、千円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとします。
7 I欄には、概算払い請求により受け入れを行った補助金額を記入してください。

様式6-3(1)

訪問介護等サービス体制強化支援事業 事業実績報告書
(研修体制の構築支援)

1. 対象事業所

事業所の名称			
サービス種別		介護保険事業所番号	
事業所の所在地	(郵便番号 -)		
連絡先	電話番号		E-mail

2. 事業内容

事業実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
事業の内容	当てはまるものに「○」を付けてください。(複数選択可)		
	(1)介護人材の資質向上や定着促進に資する効果的なカリキュラムの作成・見直しやキャリアアップの仕組みづくりに要した費用		
	(2)介護職員のスキルアップのための研修等の受講に要した費用		
	(3)その他研修体制の構築のための取組に要した費用 (自由記載)		

注1 記入欄が不足する場合は「別紙のとおり」と記入し、別紙(任意様式)を添付すること。

3. 補助所要額内訳書

(単位:円)

経費区分	対象経費実支出額	積算内訳	備考
合計	円		

4. 添付書類

① 事業内容が確認できる資料

- ・ 2(1)を選択した場合、研修を実施した際に要した経費がわかる資料
- ・ 2(2)を選択した場合、受講料等がわかる資料
- ・ 2(3)を選択した場合、当該事業を実施した際に要した費用がわかる資料

様式6-3(2)

訪問介護等サービス体制強化支援事業 事業実績報告書
(経験年数が短いホームヘルパー等への同行支援)

1. 対象事業所

事業所の名称				
サービス種別		介護保険事業所番号		
事業所の所在地	(郵便番号 -)			
連絡先	電話番号		E-mail	

2. 事業所の所在地

中山間地域等・離島等地域	該当する	該当しない

※該当箇所「○」をつけてください。

3. 事業内容

事業実施期間		年 月 日 ~		年 月 日				
No	経験年数が短いホームヘルパー等の氏名	同行職員		同行回数			補助基準額	
	氏名	採用年月日	氏名	従事期間(年)	30分未満	30分以上		計
1		年 月 日					0回	0円
2		年 月 日					0回	0円
3		年 月 日					0回	0円
4		年 月 日					0回	0円
5		年 月 日					0回	0円
6		年 月 日					0回	0円
7		年 月 日					0回	0円
8		年 月 日					0回	0円
9		年 月 日					0回	0円
10		年 月 日					0回	0円
11		年 月 日					0回	0円
12		年 月 日					0回	0円
13		年 月 日					0回	0円
14		年 月 日					0回	0円
15		年 月 日					0回	0円
合計					0回	0回	0回	0円

注1 記入欄が不足する場合は、「15」より上に行を追加すること。

注2 経験年数が短いホームヘルパー等1人につき30回まで。

注3 「経験年数が短いホームヘルパー等」とは、原則、訪問業務に従事した期間が1年未満の者であること。
ただし、他の事業所での経験があっても、1年以上の訪問業務から離れている期間がある場合は、経験年数が1年を超える場合でも対象とする。

注4 同行職員は訪問業務に従事した期間が3年以上の者とする。

4. 添付資料

- ① 実施日、対象者及び同行者名が記録されているサービス提供記録等の写し

様式6-3(3)

訪問介護等サービス体制強化支援事業 事業実績報告書
(登録ヘルパー等の常勤化の促進の支援)

1. 対象事業所

事業所の名称				
サービス種別		介護保険事業所番号		
事業所の所在地	(郵便番号 -)			
連絡先	電話番号		E-mail	

2. 事業内容

常勤職員が勤務すべき時間数※1		就業規則で定めた1週間の勤務時間。			
事業実施期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
No	常勤化する登録ヘルパー等の氏名	常勤化前の勤務時間数	常勤化(雇用)後の勤務時間数	常勤化(雇用)後の勤務月数※3	補助基準額
	(離職された方の氏名)※2				
1					0円
2					0円
3					0円
4					0円
5					0円
合計		時間	時間	0月	0円

※1 就業規則で定めた1週間の勤務時間が32時間を下回る場合は32時間とする。

※2 登録ヘルパーの離職に伴い、新たに常勤のホームヘルパーを雇用する場合は、離職した登録ヘルパー等の氏名を記入。

※3 予定している常勤勤務月数は1人あたり3月までとする。

※ 記入欄が不足する場合は、「5」より上に行を追加すること。

3. 補助所要額内訳書

(単位:円)

経費区分	対象経費実支出額	積算内訳	備考
合計	円		

【対象経費の例】

- ・登録ヘルパー等が常勤職員としての雇用を希望する場合に必要な賃金等(法定福利費等を含む)の差額の経費
- ・登録ヘルパー等の離職に伴い、新たに常勤のホームヘルパーを雇用する際に生じる賃金等の差額の経費

4. 添付書類

- ① 対象職員の非常勤時と常勤時の賃金及び社会保険料の差額を証することができる賃金台帳等の写し
- ② 離職したホームヘルパー及び新たに雇用したホームヘルパーの非常勤時と常勤時の賃金及び社会保険料の差額を証することができる賃金台帳等の写し
- ③ 常勤化後の勤務表

様式6-3(4)①

訪問介護等サービス体制強化支援事業 事業実績報告書
(小規模法人等の協働化・大規模化の取組の支援)

※事業者グループの代表者が作成してください。

1. グループ代表者

事業所の名称			
サービス種別		介護保険事業所番号	
事業所の所在地	(郵便番号 -)		
連絡先	電話番号	E-mail	

※事業者グループの構成については、別紙、様式6-3(4)②に記入すること。

2. 対象法人の要件

構成予定の事業所に含まれる法人(該当するものに「○」をつけてください)

- ☐ ①1法人あたり1の訪問介護等事業所を運営する法人
- ☐ ②運営する訪問介護等事業所の前年度のいずれかの月における総訪問回数が概ね200回以下である法人。なお、「概ね200回」は400回程度を想定しており、例えば、前年度の平均延訪問回数600回以下の事業所等も対象となり得る
- ☐ ③運営する訪問介護等事業所の職員数が常勤換算方法で平均5人以下の法人
- ☐ ④運営する訪問介護等事業所が全て中山間地域等又は離島等地域に所在する法人

3. 事業内容

事業実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日
事業の目的	
事業の内容	当てはまるものに「○」を付けてください。(複数選択可)
	人材募集や一括採用、合同研修等の実施
	従業員の職場定着や職場の魅力発信に資する取組
	人事管理や福利厚生、請求業務等のシステム共通化
	物品調達の合理化のための共同購入の取組
	協働化等に合わせて行うICTインフラの整備
	その他小規模法人等の協働化・大規模化の取組に要した費用 (自由記載)
成果	

注1 記入欄が不足する場合は「別紙のとおり」と記入し、別紙(任意様式)を添付すること。

4. 補助所要額内訳書

(単位:円)

経費区分	対象経費実支出額	積算内訳	備考
合計	円		

注1 記入欄が不足する場合は「別紙のとおり」と記入し、別紙(任意様式)を添付すること。

5. 添付書類

- ① 実施結果が確認できる資料(報告書等)
- ② 領収書の写し等金額が確認できるもの

様式6－3(4)②

小規模法人等の協働化・大規模化の取組の支援
(事業者グループにおける訪問介護事業所一覧)

事業者グループ名 _____

No	対象法人の要件 ※1	運営法人				事業者グループにおける訪問介護事業所						
		法人名 (グループ代表に○)	法人代表者 氏名	訪問介護事業 所の数 ※2	うち中山間地域 等に所在する数 ※3	事業所番号	事業所名称	所在地	電話番号	総訪問回数 ※4	平均職員数 (常勤換算)	中山間地域 等に所在 ※5
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

※1 下記に記載している「対象法人の要件」に該当する法人は番号を記載してください。

※2 法人が運営する訪問介護等事業所数を記載してください。

※3 法人が運営する訪問介護等事業所が中山間地域等又は離島等地域に所在する数を記載してください。

※4 法人が運営する訪問介護等事業所の前年度のいずれかの月における総訪問回数を記載してください。

※5 法人が運営する訪問介護等事業所が中山間地域等又は離島等地域に所在する場合は、「○」を選択してください。

※ 行が足りない場合は、適宜追加してください。

【対象法人の要件】

①1法人あたり1の訪問介護等事業所を運営する法人

②運営する訪問介護等事業所の前年度のいずれかの月における総訪問回数が概ね200回以下である法人。

なお、「概ね200回」は400回程度を想定しており、例えば、前年度の平均延訪問回数600回以下の事業所等も対象となり得る。

③運営する訪問介護等事業所の職員数が常勤換算方法で平均5人以下の法人

④運営する訪問介護等事業所が全て中山間地域等又は離島等地域に所在する法人