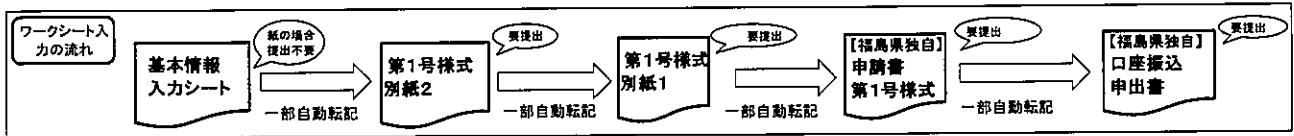


- はじめに本シート(基本情報入力シート)の黄色セルに入力することで、補助金の対象事業所等に関する基本的な情報が、各様式に自動的に転記されます。
【注意】本シートは様式作成用のため、本計画書の提出を紙で行う場合、本シートの提出は不要です。ただし、都道府県に電子媒体で提出する場合は、本シートを削除せずそのまま提出してください。
- 「第1号様式別紙1」を完成させるには、「基本情報入力シート」「第1号様式別紙2」から転記される情報が必要です。まずはこれらのシートを完成させてください。



●「第1号様式別紙1」に記載する補助金による賃金改善の見込額について、具体的な算出方法は問いませんが、各職員に対して補助金を原資として行う予定の賃金改善額を積み上げる(足し上げる)などの適切な方法により推計してください。また、「賃金額」を記入する欄には、基本給、手当、賞与等(退職手当を除く。)を含む金額を記入してください。

1 提出先に関する情報

提出先 **福島県**

補助金の計画書の提出先は福島県です。処遇改善加算とは提出先が異なる場合があります。

また、本計画書は福島県内の事業所に関する補助金を福島県に申請するための様式です。他の都道府県に提出する場合は、それぞれの都道府県で定める様式を用いてそれぞれの都道府県へ提出してください。

2 基本情報

下表に必要な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	シャカイフクシホウジンケヤキノムラ
	名称	社会福祉法人けやきの村
法人住所	〒	9 6 0- 0 2 6 1
	住所1(都道府県)	福島県
	住所2(市区町村)	福島市
	住所3(大字・通称・字・丁目)	飯坂町中野字高田前
	住所4(番地)	2-7
住所5(建物名等)		
法人代表者	職名	理事長
	フリガナ	フナヤマ シンゴ
	氏名	舟山 信悟
法人番号		1380005000452

13桁の法人番号を入力してください(13桁の入力以外は受け付けません。)

		法人担当者(必須)	代理作成者(任意)
書類作成担当者	フリガナ	サトウ シンゴ	
	氏名	佐藤 真悟	
連絡先	電話番号	024-542-3275	
	E-mail	keyakinomura@daluxe.ocn.ne.jp	

10桁の事業所番号を入力してください(10桁の入力以外は受け付けません。)

必ずプルダウンで入力してください。介護予防サービスは、行を分ける必要はありません。短期入所・総合事業については、行を分けてください。

3 補助金の対象事業所に関する情報(1の提出先に提出すべき事業所のみを記載)

下表に必要な事項を入力してください。記入内容が第1号様式別紙2(補助金)に反映されます。

※「一月あたり介護報酬総単位数」には、令和5年2月から令和6年1月までの12か月間のサービス別の報酬総額(各種加算減算を含む。また、処遇改善加算、特定加算及びベースアップ等加算も含む。)のうち最も高い月の報酬総額を、事業所ごとに記載すること。

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	一月あたり介護報酬総単位数[単位]	1単位あたりの単価(地域単価)[円]	所在 総合 単価
			都道府県	市区町村					
1	0770100501	福島市	福島県	福島市	けやきの村デイサービスセンター指定通所介護事業所	通所介護	284,322	10.00	
2	0770100501	福島市	福島県	福島市	けやきの村デイサービスセンター指定通所介護事業所	通所型サービス(総合事業)(独自(A6))	40,589	10.00	
3	0770102804	福島市	福島県	福島市	ヘルパーステーションけやきの村	訪問介護	286,599	10.00	
4	0770102804	福島市	福島県	福島市	ヘルパーステーションけやきの村	訪問型サービス(総合事業)(独自(A2))	66,964	10.00	
5							10.00		
6							10.00		
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

指定申請等の届出先を記入してください。地域密着型サービスや総合事業については、指定元の市区町村を全て記載してください。その際、指定権者ごとに行を分ける必要はありません。(= 重複指定の場合は所在市区町村分を含め、指定権者毎ではなく事業所毎の報酬を見込んでください。)

なお、他の都道府県に所在する事業所分は対象外ですので、県外の事業所についてはそれぞれの都道府県で定める様式を用いてそれぞれの都道府県へ提出してください。

令和5年2月から令和6年1月までの12か月間のサービス別の報酬総額(ベースアップ等加算も含む。)のうち最も高い月の報酬総額を、事業所

令和6年2月からの介護職員処遇改善支援補助金
処遇改善計画書

1 基本情報

フリガナ	シャカイフクシホウジンケヤキノムラ			
法人名	社会福祉法人けやきの村			
法人所在地	〒	960-0261		
	福島県福島市飯坂町中野字高田前2-7			
フリガナ	サウシヨウ			
書類作成担当者	佐藤 真悟			
連絡先	電話番号	024-542-3275	E-mail	keyakinomura@deluxe.ocn.ne.jp

2 賃金改善計画について

①介護職員処遇改善支援補助金の見込額(令和6年2~5月分)	260,676	円	
②賃金改善の見込額(令和6年2~5月分)(右欄の額は①欄の額以上となること)	288,000	円	
③基本給等による賃金改善の見込額(令和6年4・5月分)			
i) 介護職員処遇改善支援補助金の見込額(令和6年4・5月分)	130,338	円	(95.14) %
ii) 賃金改善の見込額(令和6年4・5月分)	124,000	円	
iii) うち、基本給等による賃金改善の見込額(令和6年4・5月分) (右側の額は i 欄の額の2/3以上となること)	124,000	円	
介護職員の賃金改善の見込額(参考)	102,000	円	
うち、基本給等による改善の見込額	102,000	円	(100.00) %
(一月あたり)	51,000	円	
その他の職員の賃金改善の見込額(参考)	22,000	円	
うち、基本給等による改善の見込額	22,000	円	(100.00) %
(一月あたり)	11,000	円	

【記入上の注意】

- ・本計画に記載された金額は見込額であり、提出後の運営状況(利用者数等)、人員配置状況(職員数等)その他の事由により変動があり得る。
- ・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 補助金による賃金改善の見込額が補助金による収入額(補助金の見込額)以上となること
II 令和6年4・5月分の補助金額の3分の2以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げに充てる計画になっていること
- ・②「賃金改善の見込額」には、補助金により賃金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。

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

2の賃金改善を行うに当たり、処遇改善支援補助金による賃金改善以外の部分で賃金水準を引き下げないことを下欄へのチェック(✓)により誓約すること。

<input checked="" type="checkbox"/>	処遇改善支援補助金による賃金改善以外の部分で賃金水準を引き下げません。
-------------------------------------	-------------------------------------

【記入上の注意】

- ・「処遇改善支援補助金による賃金改善以外の部分で賃金水準を引き下げない」とは、①「令和6年2月から5月の処遇改善支援補助金を除いた賃金総額」と②「令和5年2月から5月の賃金総額」を比較し、①が②以上であることをいう。実績報告書では、これらの賃金額の具体的な記載を求めするため、詳細な考え方は、第3号様式別紙1(実績報告書)3を参照すること。
- ・サービス利用者数の大幅な減少等の影響により、結果として加算以外の部分で賃金下がった場合には、その事情を別紙様式5「特別な事情に係る届出書」により届け出ることで算定要件を満たすこととする。
- ・ただし、事業規模の縮小に伴う職員数・賃金総額の減少等、やむを得ない事情がある場合には、それらの影響を除くため、②「令和5年2月から5月の賃金総額」の額を調整しても差し支えないこととする。

4 介護職員処遇改善支援補助金により賃金改善を行う賃金項目及び方法

①賃金改善を行う給与の種類	ベースアップ等 (必ず選択)	基本給	決まって毎月支払われる手当(新設)	✓	決まって毎月支払われる手当 (既存の手当の増額)
	上記以外 (必ず選択)	手当(新設)	✓	手当(既存の増額)	賞与
(当該事業所における賃金改善の内容の根拠となる規則・規程) 就業規則の見直し ✓ 賃金規程の見直し その他 ()					
(賃金改善に関する規定内容) ※上記の根拠規程のうち、賃金改善に関する部分を抜き出すこと。					
②具体的な取組内容					
③ベースアップの実施予定	✓	実施する	実施しない場合、やむを得ない事情		

5 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
✓ 令和6年2月分から賃金改善を実施しています。	—
✓ 令和6年2月分から5月分のベースアップ等加算を算定する又は4月分以降算定を行う予定です。	都道府県・市町村への体制届出
✓ 補助金相当額を適切に配分するための賃金改善ルールを定めました。	就業規則、賃金規程
✓ 補助金として給付される額は、職員の賃金改善のために全額支出します。	給与明細
✓ 補助金の対象となる職員の勤務体制を確認しました。	勤務体制表
✓ 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
✓ 職員への賃金改善を行う時期については、従来の処遇改善加算の支払時期と揃えることが望ましいことについて、確認しました。	—
✓ 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

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。

令和 6 年 4 月 12 日 法人名 社会福祉法人けやきの村
 代表者 職名 理事長 氏名 舟山 信悟

【記入上の注意】

- ・各証明資料は、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。

基本情報入力シートについて		
提出先の都道府県に所在する事業所・施設についてのみ記載している		<input type="checkbox"/>
2 賃金改善計画について		
②	賃金改善の見込額が介護職員処遇改善支援補助金の見込額以上となっている	<input type="checkbox"/>
③	基本給等による賃金改善の見込額(令和6年4・5月分)が補助金の見込額(令和6年4・5月分)の2/3以上となっている	<input type="checkbox"/>
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		
処遇改善支援補助金による賃金改善以外の部分で賃金水準を引き下げないことの誓約を行っている		<input type="checkbox"/>
4 介護職員処遇改善支援補助金により賃金改善を行う賃金項目及び方法		
「賃金改善を行う賃金項目及び方法」について、チェック(✓)が入っていない項目か、空欄の項目がない		<input type="checkbox"/>
5 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		<input type="checkbox"/>
誓約について、空欄の項目がない		<input type="checkbox"/>
交付申請書(第1号様式)について		
交付申請書(第1号様式)について、空欄の項目がない		<input type="checkbox"/>
口座振込申出書について		
口座振込申出書について、空欄の項目がない		<input type="checkbox"/>
口座振込申出書について、口座名義が本補助金申請者と同一である		<input type="checkbox"/>

法人名	社会福祉法人けやきの村
介護職員処遇改善支援補助金額(見込額)の合計[円](e)	280,676
うち、令和6年4・5月分の補助金額(見込額)の合計[円](f)	130,338

【記入上の注意】

- ・処遇改善支援補助金計画書は、提出先の都道府県内に所在する事業所・施設であれば法人一括での作成が可能であり、全体で補助金額以上となる資金改善等の要件を満たしていれば足りること。
- ・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、別途提出する「口座振込申請書」に記載した口座に、法人毎に振り込まれる。

新規開設事業所の：
月を3月以降とす

空欄の場合、先に「基本情報入力シート」を記入してください。

ヘルニア等加算を算定していない事業所は補助金を受けられません。
総合事業の場合、市町村がヘルニア等加算と同等の加算を設けており、
その加算を算定している場合のみ、補助金を受けられます。

計算結果が表
他の欄を先に

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	ヘルニア等 加算の有無 (令和6年4 月から算定 済みである 場合を含む)	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)	交付対象期間(d)	介護職員処遇改善 支援補助金の見込 額(e) [円] (a×b×c×d)	うち、令和6年4・5 月分の補助金の見 込額(f) [円] (e×1/2)
			都道府県	市区町村									
1	0770100501	福島市	福島県	福島市	けやきの村子サービスセン ター指定通所介護事業所	通所介護	○	284,322	10,00	0.7%	令和6年2月~令和6年5月(4ヶ月)	79,608	39,804
2	0770100501	福島市	福島県	福島市	けやきの村子サービスセン ター指定通所介護事業所	通所型サービス(総合事業)(独自 (A6))	○	40,589	10,00	0.7%	令和6年2月~令和6年5月(4ヶ月)	11,384	5,682
3	0770102804	福島市	福島県	福島市	ヘルニアベーステーションけやき の村	訪問介護	○	286,599	10,00	1.2%	令和6年2月~令和6年5月(4ヶ月)	137,564	68,782
4	0770102804	福島市	福島県	福島市	ヘルニアベーステーションけやき の村	訪問型サービス(総合事業)(独自 (A2))	○	66,964	10,00	1.2%	令和6年2月~令和6年5月(4ヶ月)	32,140	16,070
5							-		10,00		令和6年2月~令和6年5月(4ヶ月)		
6							-		10,00		令和6年2月~令和6年5月(4ヶ月)		
7							-		10,00		令和6年2月~令和6年5月(4ヶ月)		
8							-		10,00		令和6年2月~令和6年5月(4ヶ月)		
9							-		10,00		令和6年2月~令和6年5月(4ヶ月)		
10							-		10,00		令和6年2月~令和6年5月(4ヶ月)		
11							-		10,00		令和6年2月~令和6年5月(4ヶ月)		
12							-		10,00		令和6年2月~令和6年5月(4ヶ月)		
13							-		10,00		令和6年2月~令和6年5月(4ヶ月)		
14							-		10,00		令和6年2月~令和6年5月(4ヶ月)		
15							-		10,00		令和6年2月~令和6年5月(4ヶ月)		
16							-		10,00		令和6年2月~令和6年5月(4ヶ月)		
17							-		10,00		令和6年2月~令和6年5月(4ヶ月)		