

1 基本情報

| | | | |
|---------|------------------------------------|----------|--------|
| フリガナ | シャカイフクシホウジンキタクユウシュウシフクシジギョウダン | | |
| 法人名 | 社会福祉法人北九州市福祉事業団 | | |
| 法人所在地 | 〒 | 805-0019 | |
| | 福岡県北九州市八幡東区中央二丁目1番1号 レインボープラザ8F | | |
| 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用途

| | |
|--|---|
| 【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。 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | ① 業務内容の明確化と職員間の適切な役割分担の取組 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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 |
| <input type="checkbox"/> | 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) |
| 【用途】(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 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | ① 人件費の改善の実施 |
| <input type="checkbox"/> | ② 職場環境改善経費への充当 |

【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、主な用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 |
|--|----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 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。 | — |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 補助金として給付される額は、上記用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 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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。 | — |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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。 | — |

| | | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|---|----|---|--------|-----------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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。 | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 介護人材確保・職場環境改善等事業の支払に係る福岡県国民健康保険団体連合会から福岡県への支払口座情報の提供に同意します。(介護給付費等の債権譲渡を行っている事業所がある場合は、別途、県から支払口座情報の照会を行います。) | | | | | | | |
| 令和 | 7 | 年 | 4 | 月 | 15 | 日 | 法人名 | 社会福祉法人北九州市福祉事業団 |
| | | | | | | | 代表者 職名 | 理事長 永富 秀樹 |

【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、交付対象月が1つのみ指定されている。 | ○ |