

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2-1、2-2※(同実施要綱に定める別紙様式2-3、2-4関係)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

【作成の手順】

①基本情報入力シートを入力

黄色 のセルに必要事項を入力してください

4月に申請した際の基本情報入力シートの内容に変更が無ければ、その通り入力してください
申請書からコピーペーストでも構いません

②別紙様式2-2(補助金 個表)を入力

③別紙様式2-1(補助金 総括表)を入力

④様式第3号を入力

⑤別紙様式4が自動反映で作成される

び2-4関係)の入力

で、

っていますので、

した上で、

自動で更新されま

別紙様式
2-2※
(補助金
総括表)

別紙様式
2-1※、

※別紙様式3-1から先の書類は、実績報告で使用しますので、今回は作成不要です※

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: ○○県、 ○○市、○○町、○○広域連合)	補助金様式の提出先(例: ○○県)
	岩手県	

※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	シャカイフクシホウジン○○ケアサービス		
	名称	社会福祉法人○○ケアサービス		
法人住所	〒	020	-	0023
	住所1(番 地・住居番号 まで)	岩手県盛岡市内丸10-1		
	住所2(建物 名等)			
法人代表者	職名	理事長		
	氏名	岩手 太郎		
法人番号		0300000000000		
書類作成 担当者	フリガナ	モリオカ ハナコ		
	氏名	盛岡 花子		
連絡先	電話番号	019-600-0000		
	E-mail	iwate-kaigo@***.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

下表に必要な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2-2(国実施要綱に定める別紙様式2-4関係)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	盛岡市	岩手県	盛岡市	〇〇ホームヘルプ	介護予防通所リハビリテーション	66	12,346		12,346	10.00	○
2	1111111111	盛岡市	岩手県	盛岡市	〇〇ホームヘルプ	介護老人保健施設サービス	52	71,600		71,600	10.00	○
3	1111111111	盛岡市	岩手県	盛岡市	〇〇ホームヘルプ	短期入所療養介護(介護老人保健施設)	22	23,456		23,456	10.00	○
4	1111111111	盛岡市	岩手県	盛岡市	〇〇ホームヘルプ	通所リハビリテーション	16	70,370		70,370	10.00	○
5										0		
6												
7												
8										0		
9										0		
10										0		
11										0		
12										0		
13										0		
14										0		
15										0		
16										0		

別紙様式2-2から自動反映されます。入力できません。
※申請の際に使用した様式とは違う式が入っています。
変更交付申請には本様式を使用してください。

処遇改善加算についての記載は不要です

1 基本情報

フリガナ	シャカイフクシホウジン		
法人名	社会福祉法人〇〇ケアサ		
法人所在地	〒 020-0023	岩手県盛岡市内丸10-1	
フリガナ	モリオカ ハナコ		
書類作成担当者	盛岡 花子		
連絡先	電話番号	019-600-0000	E-mail iwate-kaigo@***.co.jp

別紙様式2-2(補助金 個表)の次に入力
 白色、オレンジ色のセルには、式が入っています
 基本情報入力シートから自動反映されますので、式を削除しないでください
 赤枠で囲った箇所に、該当する内容を入力してください

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。

<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 checked="" 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)

【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

<input checked="" type="checkbox"/>	① 人件費の改善の実施
<input checked="" type="checkbox"/>	② 職場環境改善経費への充当
②を選択した場合、その使途をフ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充当し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「その他の金額」には、補助金の要を実施するための費用のうち、介護人材確保・職場環境改善等事業に直接関係する経費のみを報告してください。
 ・職場環境改善経費について、複数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
<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周知しています。	会議録、周知文書
<input checked="" type="checkbox"/> 都道府県のホームページ等で、令和7年8月19日～9月12日までの日付としてください。この日付が様式第3号の申請日に自動反映されます。	—

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。

令和 7 年 9 月 1 日 法人名 社会福祉法人〇〇ケアサービス
 代表者 職名 理事長 氏名 岩手 太郎

【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	○

チェックを入れてください
※変更交付申請での添付は不要です※

振込に関する情報

都道府県	見込額(円)	振込口座等の情報
岩手県	86,367	振込先口座登録票及び振込口座が確認できる書類のコピー(通帳の表紙及び通帳を開いた1・2ページ目の写し)を添付した。 <input checked="" type="checkbox"/>

別紙様式2-2(介護人材確保・職場環境改善等事業計画書 個票)
(国実施要綱に定める別紙様式2-4関係)

提出先	岩手県
-----	-----

法人名	社会福祉法人〇〇ケアサービス
-----	----------------

【記入上の注意】
・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

補助金の見込額の合計[円]	86,367
提出先都道府県での補助金の見込額の合計[円]	86,367

基本情報入力シートの次に入力
白色、オレンジ色のセルには、式が入っています。
基本情報入力シートから自動反映されますので、式を削除しないでください

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	事業種別	事業所コード	事業所種別	事業所区分	事業所種別	事業所種別	事業所種別	事業所種別	事業所種別	交付対象月			
			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	盛岡市	岩手県	盛岡市	〇〇ホームヘルプ	介護予防通所リハビリテーション	66	〇										
2	1111111111	盛岡市	岩手県	盛岡市	〇〇ホームヘルプ	介護老人保健施設サービス	52	〇										
3	1111111111	盛岡市	岩手県	盛岡市	〇〇ホームヘルプ	短期入所療養介護(介護老人保健施設)	22	〇										
4	1111111111	盛岡市	岩手県	盛岡市	〇〇ホームヘルプ	通所リハビリテーション	16	〇										

補助金の見込額(e)を入力すると、そこから逆算した数字が自動反映されます

※しりは
か1つ「〇」を
当初申請時と同じ月に
〇を選択してください

支払額内訳書の例

介護人材確保・職場環境改善等事業 支払額内訳書
令和7年4月発行分

施設番号	施設名称	サービス提供年月	サービス種類コード	サービス種類名	区分	費用額	交付率	支援補助金額	支援補助金過剰調整額	支援補助金支払額
盛岡市	0000000001	4月 20日	66	予防通所リハビリ	通常	123,456	5.5%	6,790	0	6,790
盛岡市	0000000003	4月 20日	52	介護保健施設	通常	123,456	4.3%	5,308	0	5,308
盛岡市	0000000004	4月 20日	52	介護保健施設	通常	123,456	4.3%	5,308	0	5,308
盛岡市	0000000005	4月 20日	22	短期入所老健施設	通常	234,567	4.3%	10,086	0	10,086
盛岡市	0000000005	4月 20日	16	通所リハビリ	通常	234,567	5.5%	12,901	0	12,901
盛岡市	0000000006	4月 20日	16	通所リハビリ	通常	345,678	5.5%	19,012	0	19,012
盛岡市	0000000007	4月 20日	16	通所リハビリ	通常	123,456	5.5%	6,790	0	6,790
盛岡市	0000000008	4月 20日	52	介護保健施設	通常	234,567	4.3%	10,086	0	10,086
盛岡市	0000000009	4月 20日	52	介護保健施設	通常	234,567	4.3%	10,086	0	10,086
合計										86,367

支保連から送信された支払額内訳書を確認して事業所のサービスごとに金額を入力してください

事業所種別	金額
予防通所リハビリ	6,790
介護保健施設	5,308
介護保健施設	5,308
短期入所老健施設	10,086
通所リハビリ	12,901
通所リハビリ	19,012
通所リハビリ	6,790
介護保健施設	10,086
介護保健施設	10,086

【左記の例】
予防通所リハビリの計 6,790
介護保健施設の計 30,788
短期入所老健施設の計 10,086
通所リハビリの計 38,703

変更に係る届出書(介護人材確保・職場環境改善等事業)

基本情報

フリガナ 法人名	シャカイフクシホウジン〇〇ケアサービス 社会福祉法人〇〇ケアサービス		
法人所在地	〒 020-0023	岩手県盛岡市内丸10-1	
フリガナ	モリオカ ハナコ		
書類作成担当者	盛岡 花子		
連絡先	電話番号	019-600-0000	E-mail iwate-kaigo@***.co.jp

介護人材確保・職場環境改善等事業に係る計画書の内容について、次のとおり変更するので、必要書類を添えて届け出ます。

1 変更が生じた日	令和 7 年 9 月 1 日
2 変更の概要	交付金額が当初の予定を上回ったことによる計画変更 <div style="border: 1px solid black; background-color: #e0f2f7; padding: 20px; text-align: center; margin: 10px 0;">全て自動反映されますので、入力不要です</div>

令和 7 年 9 月 1 日

(法人名)
(代表者名)

社会福祉法人〇〇ケアサービス
岩手 太郎

様式第3号（別表第2関係）

様式2-1の誓約日から自動反映されます

7ケア第〇〇号
令和7年9月1日

岩手県知事 様

申請者法人所在地 岩手県盛岡市内丸10-1
基本情報入力シートから自動反映されます
法人名 社会福祉法人〇〇ケアサービス
代表者職・氏名 理事長 岩手 太郎

入力欄に入力すると反映されます

介護人材確保・職場環境改善等事業費補助金
変更（**1** 中止、廃止）承認申請書

令和7年7月2日付け岩手県指令第295-〇〇〇号で交付決定の通知がありました標記事について、下記により変更（中止、廃止）したいので、承認されるよう関係書類を添えて申請します。

記

入力欄からプルダウンで選択すると反映されます

1 変更（中止、廃止）の理由

2 交付金額が当初の予定を上回ったことによる計画変更

2 添付書類

- (1) 変更に係る届出書（介護人材確保・職場環境改善等事業）別紙様式第4号
- (2) 会社法（平成17年法律第86号）の規定による吸収合併、新設合併等により、計画書の作成単位が変更となる場合は、当該事実発生までの賃金改善の実績及び承継後の賃金改善に関する内容が分かる書類
- (3) 複数の介護サービス事業所等（**この項目は削除しないでください**）において、当該申請に係る介護サービス事業所等に変更（廃止等の事由による。）があった場合、別紙様式第2-1号及び別紙様式第2-2号
- (4) 就業規則を改訂（介護職員の処遇に関する内容に限る。）した場合、当該改訂の概要が分かる書類
- (5) その他知事が必要と認める書類

入力欄

太枠に囲まれた箇所を入力すると、様式に自動反映されます

①交付決定番号 295-〇〇〇 交付決定通知書の右上に記載された番号

②変更の理由 交付金額が当初の予定を上回ったことによる計画変更 どちらかひとつを選択
交付金額(国保連算出額) > 当初交付決定額の場合 → 「上回った」を選択
交付金額(国保連算出額) < 当初交付決定額の場合 → 「下回った」を選択

※社内の決済番号がある場合のみ入力してください

社内決済番号 7ケア第〇〇号

申請日の上に自動反映されます

交付決定通知の例

岩手県指令第 〇〇〇-〇 号
盛岡市内丸10-1
社会福祉法人〇〇ケアサービス

令和7年4月2日付けで申請のあった介護人材確保・職場環境改善等事業事業に要する経費に対し、岩手県補助金交付規則（昭和32年岩手県規則第71号。以下「県補助金規則」という。）第5条及び6条の規定により、次の条件を付けて、令和6年度介護人材確保・職場環境改善等事業費補助金〇〇〇,〇〇〇円を交付します。

令和7年7月2日

岩手県知事 達 増 拓 也