

**計画書(障がい福祉人材確保・職場環境改善等事業、福祉・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、障がい福祉人材確保・職場環境改善等事業費補助金(以下「補助金」という。)及び福祉・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(処遇改善加算 総括表)、2-2(処遇改善加算 個票)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(補助金 総括表)、2-2(補助金 個票)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。

【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

※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

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)
		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〇〇サービス		
	名称	社会福祉法人〇〇サービス		
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(処遇改善加算 個票)及び別紙様式2-2(補助金 個票)に反映されます。

※「一月あたり障害福祉サービス等報酬総額」には、前年7月から12月までの6か月間のサービス別の報酬総額(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総額」には、前年7月から12月までの処遇改善加算等の合計を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。

令和7年度に事業拡大等に伴う報酬総額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。

番号	障害福祉サービス等事業所番号	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	一月あたり障害福祉サービス等報酬総額[円]	一月あたり処遇改善加算の総額[円]	一月あたり障害福祉サービス等報酬総額(処遇改善加算を除く)	障がい福祉人材確保・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	障害福祉事業所名称01	施設入所支援	32	1,700,000		1,700,000	○
2	2222222222	岩手県	岩手県	矢巾町	障害福祉事業所名称02	生活介護	22	1,625,000		1,625,000	○
3	3333333333	岩手県	岩手県	栗石町	障害福祉事業所名称03	就労継続支援B型	46	8,241,110		8,241,110	○
4											
5											
6											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											

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

※ 指定権者名についての注意点 ※
 事業所所在地が盛岡市の場合：「**盛岡市**」
 事業所所在地が盛岡市以外の市町村の場合：「**岩手県**」
 としてください