

「神奈川県介護職員処遇改善支援事業

交付金」

申請マニュアル

5 月以降指定事業所用

～介護事業所・施設～

神奈川県

令和 4 年 6 月 1 日版

## 目次

|   |    |
|---|----|
| 1. 事業内容                                   | 3  |
| 1.1 対象者                                   | 3  |
| 1.2 交付額                                   | 4  |
| 1.3 申請書類                                  | 4  |
| 計画書                                       | 4  |
| (指定月分から賃金改善を行った旨の報告)                      | 4  |
| (口座振込申出書及び口座確認書類の写し)                      | 5  |
| 1.4 申請書類提出期間                              | 5  |
| 1.5 申請方法                                  | 5  |
| 1.6 事業の流れ                                 | 6  |
| 2. 交付申請の手続き                               | 8  |
| 2.1 申請者・申請方法・申請受付期間について                   | 8  |
| (1) 申請者(法人申請)                             | 8  |
| (2) 申請方法                                  | 8  |
| (3) 申請受付期間                                | 10 |
| 2.3 入力から申請までの手順                           | 10 |
| 作業フロー                                     | 11 |
| 基本情報入力シート                                 | 13 |
| (参考) 補助金様式2-2 介護職員処遇改善支援補助金計画書(施設・事業所別個表) | 14 |
| (参考) 補助金様式2-1 介護職員処遇改善支援補助金計画書            | 15 |
| (債権譲渡等している場合のみ) 口座振込申出書                   | 17 |
| 3. 書類審査、振込み                               | 18 |
| 3.1 書類審査                                  | 18 |
| 3.2 振込み                                   | 18 |
| 4. 実績報告書の提出                               | 19 |
| 4.1 報告期限                                  | 19 |
| 4.2 報告方法                                  | 19 |
| 4.3 報告書の作成                                | 19 |
| 5. 証拠書類の保管                                | 19 |
| 6. お問い合わせ                                 | 20 |

## 1. 事業内容

### 1.1 対象者

- (1) 神奈川県内の介護サービス事業所・施設（サービス別交付率に記載の事業所）
  - (2) 指定を受けた月分から、介護職員処遇改善加算Ⅰ、Ⅱ、Ⅲのいずれかを取得していること
  - (2) 指定を受けた月分から賃金改善を実施していること
  - (3) 交付金の全額を賃金改善に充てること
  - (4) 賃金改善の合計額の3分の2以上をベースアップ等に充てること
- ※1 ベースアップ等とは、「基本給」又は「決まって毎月支払われる手当」の引き上げをいいます。
- ※2 「介護職員」の賃金改善総額の3分の2以上をベースアップ等に充てる必要があります（「その他の職員」の賃金改善も行う場合は、「介護職員」「その他の職員」のいずれも3分の2以上）。
- ※3 ベースアップ等に充てた額以外の分は、賞与・一時金等による賃金改善に充てることで、全体として、交付金の額を上回る賃金改善を行う必要があります。
- ※4 処遇改善計画書と実績報告書に、「賃金改善実施期間の賃金改善（見込）額の総額」を記載してください。

#### 【サービス別交付率】

| 対象事業所・施設            | 交付率  |
|---------------------|------|
| 訪問介護事業所             | 2.1% |
| 夜間対応型訪問介護事業所        | 2.1% |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 | 2.1% |
| 訪問入浴介護事業所           | 1.0% |
| 通所介護事業所             | 1.0% |
| 地域密着型通所介護事業所        | 1.0% |
| 通所リハビリテーション事業所      | 0.9% |
| 特定施設入居者生活介護事業所      | 1.4% |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護事業所 | 1.4% |
| 認知症対応型通所介護事業所       | 2.1% |
| 小規模多機能型居宅介護事業所      | 1.6% |
| 看護小規模多機能型居宅介護事業所    | 1.6% |
| 認知症対応型共同生活介護事業所     | 2.0% |
| 介護老人福祉施設            | 1.4% |
| 地域密着型介護老人福祉施設       | 1.4% |

|                        |      |
|------------------------|------|
| 短期入所生活介護事業所            | 1.4% |
| 介護老人保健施設               | 0.8% |
| 短期入所療養介護事業所（老健）        | 0.8% |
| 介護療養型医療施設              | 0.5% |
| 短期入所療養介護事業所（病院等（老健以外）） | 0.5% |
| 介護医療院                  | 0.5% |
| 短期入所療養介護事業所（医療院）       | 0.5% |

※１ 介護予防・日常生活支援総合事業（指定サービス）を実施する事業所は、通所型は通所介護と、訪問型は訪問介護と同じとする。

※２ 以下に掲げる事業所・施設は、本事業の対象となりません。

- ・（介護予防）訪問看護
- ・（介護予防）訪問リハビリテーション
- ・（介護予防）福祉用具貸与
- ・特定（介護予防）福祉用具販売
- ・（介護予防）居宅療養管理指導
- ・居宅介護支援
- ・介護予防支援

## 1.2 交付額

補助額＝ $a \times b \times c$ （１円未満の端数切り捨て）

a １月当たりの介護報酬総単位数（基本報酬サービス費に各種加算減算を加えた単位数）

※過去に支払われた報酬の額に誤りがあったため、過誤調整を実施した場合は、その過誤調整分を含む。

※介護報酬総単位数には、介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算分を含む。

b １単位の単価

c サービス別加算率（３～４ ページ「サービス別交付率」）

## 1.3 申請書類

### 計画書

- ・ i （参考）補助金様式 2-1 介護職員処遇改善支援補助金計画書
- ・ ii （参考）補助金様式 2-2 介護職員処遇改善支援補助金計画書（施設・事業所別個表）

（指定月分から賃金改善を行った旨の報告）

５ ページ「1.5 申請方法」、電子申請（e-kanagawa 電子申請システム）で申請書を提出す

る場合は不要です。

※紙で申請する場合は、計画書等と併せて提出してください。

#### （口座振込申出書及び口座確認書類の写し）

以下に該当する場合は、計画書等と併せて、口座振込申出書及び口座確認書類の写し（通帳の表紙裏の見開きページの写し）を提出してください。

なお、以下に該当しない場合、口座振込申出書及び口座確認書類の写しを提出いただいても、交付金は国保連に登録されている口座に支払われます。

- 国保連に登録されている口座が債権譲渡されている事業所・施設（※）

#### ※【債権譲渡されている事業所・施設】

「ファクタリングサービス」「介護報酬早期資金化サービス」等の利用により、国保連から法人口座に対して直接介護報酬が支払われていない事業所・施設。

#### 【債権譲渡が行われているか分からない場合】

債権譲渡している場合、国保連からの介護報酬の支払い通知に口座情報が印字されないため、介護報酬の支払い通知により債権譲渡の有無を確認してください。

### 1.4 申請書類提出期間

新規施設・事業所指定月の翌月 10 日まで（最終：令和 4 年 10 月 10 日（月））

※全ての申請書類を期間内に提出してください。

### 1.5 申請方法

県への電子申請（e-kanagawa 電子申請システム）により、申請書類を提出してください。

#### 【e-kanagawa 電子申請システム】

[https://dshinsei.e-kanagawa.lg.jp/140007-u/offer/offerList\\_detail.action?tempSeq=33646](https://dshinsei.e-kanagawa.lg.jp/140007-u/offer/offerList_detail.action?tempSeq=33646)

※申請ページの URL から直接アクセスできない場合は、神奈川県 H P から電子申請システムに入り、「手続き申込み」から検索キーワード「介護職員処遇改善支援事業」で検索してください。

※インターネット環境が全く使用できない等、やむを得ない事情によりどうしても電子申請ができない場合に限り、紙で県に申請してください（紙での提出後、電子申請システムで出し直していただく場合があります）。

# 1.6 事業の流れ

|                                     | 事業所・施設                        |                    |   | 県                |
|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------|---|------------------|
|                                     | 支援対象事業                        | 申請手続き              |   |                  |
| 指定月<br>～                            | 事業の実施<br><br>(介護職員等<br>の賃金改善) |                    |   |                  |
| 翌月 10 日<br>指定日<br>～                 |                               | (1)申請書の作成、<br>提出   | ➡ |                  |
| 指定翌月                                |                               | 書類補正               |   | 書類審査             |
| 指定翌々<br>月                           |                               |                    | ⬅ | 指定月分の交付金<br>の支払い |
| ～                                   |                               |                    | ⬅ | 毎月分の交付金の<br>支払い  |
| 11 月                                |                               |                    | ⬅ | 9 月分の交付金の<br>支払い |
| 令和 4 年 12 月<br>令和 5 年 1 月 31 日<br>～ |                               | (3)実績報告書<br>の作成、提出 | ➡ |                  |
|                                     |                               |                    |   | 書類審査             |
|                                     |                               | 書類補正               |   |                  |

- ・ 介護報酬の額が確定した後に、サービス別交付率を掛けて交付額を算定するため、交付金の支払いは原則 2 か月後になります。

## 2. 交付申請の手続き

### 2.1 申請者・申請方法・申請受付期間について

#### (1) 申請者（法人申請）

- ・ 法人ごとに申請してください。
  - ・ 同一法人の異なる事業所番号の事業所・施設や、同一事業所番号で複数のサービスを行う事業所・施設の申請を取りまとめて申請してください。
- ※本事業の対象となる事業所のみ取りまとめてください。

#### (2) 申請方法

##### ア インターネットからの申請書等の入手

「介護情報サービスかながわ」のHPから計画書（以下、申請書という）等をダウンロードしてください。

○介護職員処遇改善支援交付金

（介護情報サービスかながわ）

<https://www.rakuraku.or.jp/kaigo2/60/lib-list.asp?id=1114&topid=19>

##### 【申請書等の構成】

- |              |   |    |   |
|--------------|---|----|---|
| ・ 計画書（Excel） | [ | i  | （参考）補助金様式 2-1 介護職員処遇改善支援補助金計画書                    |
|              |   | ii | （参考）補助金様式 2-2 介護職員処遇改善支援補助金計画書<br>（施設・事業所別個表） ※ 1 |

※ 1 全都道府県に所在する事業所のうち、申請対象となる事業所すべてを記入してください

※ 2 債権譲渡等（5 ページ「1.3 申請書類」）している事業所は口座振込申出書及び口座確認書類の写し（通帳の表紙裏の見開きページの写し）を提出してください。

##### イ 申請書等の作成

「2.3 入力から申請までの手順」に沿って申請書等に必要事項を入力してください。

##### ウ 県への電子申請

申請書等に必要事項を記載の上、「e-kanagawa 電子申請システム」により申請してください。



○e-kanagawa 電子申請システム 申請ページ  
(URL)

[https://dshinsei.e-kanagawa.lg.jp/140007-u/offer/offerList\\_detail.action?tempSeq=33646](https://dshinsei.e-kanagawa.lg.jp/140007-u/offer/offerList_detail.action?tempSeq=33646)

「e-kanagawa 電子申請」の本事業の申請用ページから「計画書(Excel ファイル)」をアップロードしてください。

※債権譲渡等している事業所は「口座振込申出書(Excel ファイル)」「口座確認書類の写し(通帳の表紙裏の見開きページの写し)(PDF ファイル等)」の2点も併せてアップロードしてください。

エ やむを得ない事情によりどうしても県への電子申請ができない場合

インターネット環境が全く使用できない等やむを得ない事情によりどうしても県の電子申請システムの利用ができない場合は、次の手順により申請してください。

【紙の申請書の入手】

- ・ あらかじめ宛先を記入した返信用封筒に 84 円分の切手を貼付の上、県に申請書等の送付依頼をお送りください。紙の申請書等を封入して返送します。
- ・ 送付依頼には、日中連絡可能な電話番号を記載してください。
- ・ 返信用封筒・切手が同封されていない場合、申請書をお送りすることはできませんのでご承知おきください。

○紙の申請書 送付依頼先

〒231-8588 神奈川県横浜市中区日本大通 1

神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課 介護職員処遇改善支援交付金担当

【紙申請の留意事項】

- ・ 必要事項を記入した計画書((参考)補助金様式2-1、2-2)、令和4年2月分から賃金改善を行った旨の報告、口座振込申出書及び口座確認書類の写し(通帳の表紙裏の見開きページの写し)を同封して、次ページの宛先に郵送してください。本交付金に関係のない書類は同封しないでください。
- ・ 送付する際は、次ページの例のように封筒の表面に「介護職員処遇改善支援交付金(介護分)申請書在中」と朱書きしてください。
- ・ 申請に当たっては、特定記録郵便など記録が残る方法での郵送を推奨します。

○申請書 郵送提出先(紙の申請書 送付依頼先)

〒231-8588 神奈川県横浜市中区日本大通 1

神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課 介護職員処遇改善支援交付金担当

封筒(例)

〒231-8588 神奈川県横浜市中区日本大通 1

神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課

介護職員処遇改善支援交付金担当

介護職員処遇改善支援事業(介護分)申請書在中

### (3) 申請受付期間

当該受付期間に到着した分について、県における審査を経て、**指**定の翌々月以降に県から各法人に対し支払われます。

【受付期間】新規施設・事業所指定月の翌月 10 日まで(最終:令和 4 年 10 月 10 日(月))

(消印有効)

## 2.3 入力から申請までの手順

次のページの作業フローに従い、申請書に必要事項を入力してください。

※ 申請書の各様式をシステム処理するため、行削除、追加など、本マニュアルにない変更・加工は絶対にしないでください。

※ なお、パソコン等電子媒体への入力を前提に記載していますが、やむを得ない事情により紙に手書きする場合についても、本作業フローに準じて、申請書等に漏れなく記入してください。

## 作業フロー

| 手順 | 事業者（法人本部）の作業   | 各事業所の作業  |
|----|--|--|
| 1  | 【基本情報入力シート】<br>「2 基本情報」に必要事項を入力する。   |  |
| 2  | 「3 加算・補助金の対象事業所に関する情報」に必要事項を入力<br>※各事業所が個別に入力する場合、法人本部は各事業所の記載をとり<br>まとめて一覧表の形にする。<br>※「一月あたり介護報酬総単位数(処遇改善加算及び特定加算を含む)」<br>は処遇・特定処遇の加算率を総単位数に掛けた値となる。  | 【基本情報入力シート】<br>※事業所が個々に入力する場合のみ入力が必要。<br><br>「3 加算・補助金の対象事業所に関する情報」に必要事項を入力。 |
| 3  | 【（参考）補助金様式 2-2】<br>補助金取得予定、算定する処遇改善加算の区分、交付対象月について<br>必要事項を入力する。   |  |
| 4  | 介護職員処遇改善支援補助金の見込額（f 及び g 欄）を項目毎、事業<br>所毎にそれぞれ入力する。<br><br>※各賃金改善見込額の合計が以下の要件を満たすこと。<br>・ $(f-2) \geq (f-1) \times 2/3$<br>・ $(g-2) \geq (g-1) \times 2/3$<br>・ $(f-1) + (g-1) \geq (e)$<br>※(e)は処遇改善補助金額(見込額)の合計（表左上に表示の額） |  |
| 5  | 【（参考）補助金様式 2-1】<br>② i 及び ii に額を記入する。<br><br>※賃金改善の見込額(i - ii)は「（参考）補助金様式 2-2」シートの(f-1)+(g-1)の合計額と一致すること。<br>※令和3年における(中略)介護職員等の賃金の総額(ii)は、令和3年2月から<br>9月の賃金の総額とすること。  |  |
| 6  | ③ i 及び ii のチェック欄が○であることを確認する。<br><br>※チェック欄が×の場合、賃金改善見込額の内ベースアップ分の割合<br>が3分の2以下で不足しています。「（参考）補助金様式 2-2」シ<br>ートの(f-2)や(g-2)を修正する必要があります。  |  |
| 7  | ④賃金改善実施期間を記入する(原則として2月～9月)。  |  |
| 8  | 「3 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<br>方法」に必要事項を記入する  |  |
| 9  | ・ 確認項目にチェックする(全ての項目にチェックが必要)。<br>・ 申請年月日と法人代表者の職名及び氏名を記載する。  |  |

|    |  |  |
|----|--|--|
| 10 | <p>電子申請システムで申請します。国保連に登録されている口座の債権譲渡を行っているかどうかで提出書類が異なります。</p> <p>①口座が債権譲渡されていない場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・電子申請システムに申請書（Excel）をアップロードする</li> </ul> <p>②口座が債権譲渡されている場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・電子申請システムに申請書（Excel）、口座振込申出書及び口座確認書類の写し（通帳の表紙裏の見開きページの写し）をアップロードする</li> </ul> <p>※処遇改善<u>加算</u>の計画書とは別に申請する必要があります（処遇改善<u>加算</u>の計画書の提出＝補助金の申請ではありません）。</p> <p>※やむを得ない事情により電子申請ができない場合は、申請書等と併せて「指定月分から賃金改善を行った旨の報告」を県に郵送する必要があります。</p> |  |
|----|--|--|

## 処遇改善計画書作成用 基本情報入力シート

＊（参考）補助金様式 2－1、2－2 を作成するために入力が必要です。

処遇改善計画書（介護職員処遇改善計画書・介護職員等特定処遇改善計画書・処遇改善支援補助金計画書）作成用 基本情報入力シート

【注意】本シートは様式作成用のため、提出は不要です。

●次の情報を本シートの黄色セルに入力することで、各様式に自動的に転記されます。

- ・提出先に関する情報
- ・基本情報
- ・加算・補助金の対象事業所に関する情報

【凡例】（本シート）

以下の分類に従い、色付きセルに必要な事項を入力してください。

- 処遇改善加算・特定加算・補助金に共通して必要な情報 入力セル
- 処遇改善加算・特定加算に共通して必要な情報（補助金取扱いには不要） 入力セル
- 補助金の取得に必要な情報 入力セル

### 1 提出先に関する情報

処遇改善加算・特定加算・処遇改善支援補助金の届出に係る提出先の名称を入力してください。

|       |  |        |      |
|-------|--|--------|------|
| 加算提出先 |  | 補助金提出先 | 神奈川県 |
|-------|--|--------|------|

### 2 基本情報

⇒下表に必要な事項を入力してください。記入内容が別紙様式に反映されます。

|                |      |                 |
|----------------|------|-----------------|
| 法人名            | フリガナ | 〇〇ケアサービス        |
| 名称             |      | 〇〇ケアサービス        |
| 法人住所           | 〒    | 2 3 1 - 8 5 8 8 |
| 住所1（番地・住居番号まで） |      | 横浜市中区日本大通り1     |
| 住所2（建物名等）      |      | 〇〇ビル10階         |
| 法人代表者          | 職名   | 代表取締役           |
| 氏名             |      | 神奈川 太郎          |
| 書類作成担当者        | フリガナ | カナガワ ハナコ        |
| 氏名             |      | 神奈川 花子          |
| 連絡先            | 電話番号 | 123-456-7890    |
| FAX番号          |      | 123-456-7891    |
| e-mail         |      | 030-88888880.jp |

法人・事業所で記載が必要な項目

### 3 加算・補助金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。記入内容が様式2-2、2-3、（参考）補助金様式2-2別紙に反映されます。

※「一月あたり介護報酬総単位数（処遇改善加算及び特定加算を除く）」(a)には、前年1月から12月までの1年間の介護報酬総単位数（各種加算減算を含む。ただし、処遇改善加算及び特定加算を除く。）を12で除したものの（12ヶ月に満たない場合は、一月あたりの標準的な単位数として見込まれるもの）を記載すること。(a)は加算の見込額の算出に用いる。  
「一月あたり介護報酬総単位数（処遇改善加算及び特定加算を含む）」(a')には、前年1月から12月までの1年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12で除したものの（12ヶ月に満たない場合は、一月あたりの標準的な単位数として見込まれるもの）を記載すること。(a')は補助金の見込額の算出に用いる。

| 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<br>単位数（処遇改善加算<br>及び特定加算を除く）<br>〔単位〕(a) | 1単位あたりの<br>単価〔円〕(b) | 一月あたり介護報酬総<br>単位数（処遇改善加算<br>及び特定加算を含む）<br>〔単位〕(a') |
|------|---------------------|-------|---------|------|--------------|-----------------|---|---------------------|--|
|      |                     |       | 都道府県    | 市区町村 |              |                 |   |                     |  |
| 1    | 1 4 0 1 2 3 4 5 0 1 | 東京都   | 東京都     | 千代田区 | 〇〇訪問介護       | 訪問介護            |   | 11.40               | 240,000  |
| 2    | 1 4 0 1 2 3 4 5 0 2 | 東京都   | 東京都     | 豊島区  | 〇〇デイサービス     | 通所介護            |   | 10.90               | 321,300  |
| 3    | 1 4 0 1 2 3 4 5 0 3 | 横浜市   | 神奈川県    | 横浜市  | 〇〇ホーム        | 介護老人福祉施設        |   | 10.72               | 555,000  |
| 4    | 1 4 0 1 2 3 4 5 0 4 | 神奈川県  | 神奈川県    | 平塚市  | 介護老人保健施設〇〇   | 介護老人保健施設        |   | 10.45               | 848,000  |
| 5    | 1 4 0 1 2 3 4 5 0 5 | 神奈川県  | 神奈川県    | 鎌倉市  | 介護付有料老人ホーム〇〇 | 特定施設入居者生活介護     |   |                     |  |
| 6    | 1 4 0 1 2 3 4 5 0 5 | 神奈川県  | 神奈川県    | 鎌倉市  | 介護付有料老人ホーム〇〇 | 介護予防特定施設入居者生活介護 |   |                     |  |
| 7    | 1 4 0 1 2 3 4 5 0 6 | 藤沢市   | 神奈川県    | 藤沢市  | グループホーム〇〇    | 認知症対応型共同生活介護    |   |                     |  |
| 8    |                     |       |         |      |              |                 |   |                     |  |

介護サービスと介護予防サービスは、分けて記載してください  
訪問入浴介護と介護予防訪問介護、地域密着型通所介護と

介護サービスと介護予防サービスは、分けて記載してください（例：訪問入浴介護と介護予防訪問入浴介護、地域密着型通所介護と通所型サービス（総合事業））

赤枠内に入力した情報が（参考）補助金様式 2－1、2－2 に反映されます。

介護職員処遇改善支援補助金計画書（施設・事業所別個表）  
 （（参考）補助金様式2-2） ※手順3～4

事業所で記載が必要な項目

自動的に出力される項目

| (参考) 補助金別紙様式2-2 介護職員処遇改善支援補助金計画書(施設・事業所別個表) |            |        |         |      |              |                 |   |                     |                 |        |                    |               |                                       |                                     | 【記入上の注意】   |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|------------|--------|---------|------|--------------|-----------------|---|---------------------|-----------------|--------|--------------------|---------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 法人名 ○○ケアサービス                                |            |        |         |      |              |                 |   |                     |                 |        |                    |               |                                       |                                     | 「補助金取得予定」には、補助金を取得する事業者は「○」を記入し、補助金を取得しない事業者は「×」を記入すること。<br>・施設改善支援補助金計画書は、現行の施設改善加算等の計画書と同様、法人一括での作成が可能であり、法人全体で交付要件を満たしていれば足りること。<br>・(F-1)及び(F-2)には、「資金改善実施期間に補助金により資金改善を行う場合の介護職員等の賃金の総額(見込額)」(2②i)と、「令和3年における資金改善実施期間に相当する期間の介護職員等の賃金の総額」(2②ii)とを比較し、その差額を事業所ごとに記入すること。<br>・(F-2)及び(F-2-1)には、「3 介護職員処遇改善支援補助金により資金改善を行う資金項目及び方法」に記載した具体的な取組に基づく資金改善の見込額を記載すること。 |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2① 介護職員処遇改善支援補助金(見込額)の合計[円](a)              |            |        |         |      |              |                 |   |                     |                 |        |                    |               |                                       |                                     | 4,593,120  |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 補助金取得予定                                     | 介護保険事業所番号  | 指定養育者名 | 事業所の所在地 |      | 事業所名         | サービス名           | 算定する介護職員処遇改善加算の区分(1)～(3)のうち、事業所は指定加算の区分を必ず記入すること。 | 一月あたり介護職員総単位数(単位:人) | 1単位あたりの単価[円](b) | 交付率(%) | 交付対象月(d)           | 介護職員処遇改善支援補助金 |                                       |                                     |  |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |            |        | 都道府県    | 市区町村 |              |                 |   |                     |                 |        |                    | 合計(円)         | (F-1) ①介護職員処遇改善支援補助金の見込額(a)×b×c×d [円] | (F-2) ②左記のうち、ベースアップ等による資金改善の見込額 [円] | (F-2-1) ③左記のうち、ベースアップ等による資金改善の見込額 [円]  | (F-2-2) ④左記のうち、ベースアップ等による資金改善の見込額 [円] |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ○   | 1401234501 | 東京都    | 東京都     | 千代田区 | 〇〇訪問介護       | 訪問介護            | 加算Ⅰ   | 240,000             | 11.40           | 2.1%   | 令和4年2月～令和4年9月(8ヶ月) | 459,648       | 384,000                               | 256,000                             | 77,000   | 32,000                                |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ○   | 1401234502 | 東京都    | 東京都     | 豊島区  | 〇〇デイサービス     | 通所介護            | 加算Ⅰ   | 321,300             | 10.90           | 1.0%   | 令和4年2月～令和4年9月(8ヶ月) | 280,168       | 234,000                               | 156,000                             | 47,000   | 32,000                                |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ○   | 1401234503 | 横浜市    | 神奈川県    | 横浜市  | 〇〇ホーム        | 介護老人福祉施設        | 加算Ⅰ   | 555,000             | 10.72           | 1.4%   | 令和4年2月～令和4年9月(8ヶ月) | 666,324       | 556,000                               | 371,000                             | 112,000  | 75,000                                |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ○   | 1401234504 | 神奈川県   | 神奈川県    | 平塚市  | 介護老人保健施設〇〇   | 介護老人保健施設        | 加算Ⅰ   | 848,000             | 10.45           | 0.8%   | 令和4年2月～令和4年9月(8ヶ月) | 567,180       | 473,000                               | 316,000                             | 95,000   | 64,000                                |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ○   | 1401234505 | 神奈川県   | 神奈川県    | 鎌倉市  | 介護付有料老人ホーム〇〇 | 特定施設入居者生活介護     | 加算Ⅰ   | 1,430,000           | 10.68           | 1.4%   | 令和4年2月～令和4年9月(8ヶ月) | 1,710,504     | 1,426,000                             | 951,000                             | 286,000  | 191,000                               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ○   | 1401234505 | 神奈川県   | 神奈川県    | 鎌倉市  | 介護付有料老人ホーム〇〇 | 介護予防特定施設入居者生活介護 | 加算Ⅰ   | 231,000             | 10.68           | 1.4%   | 令和4年2月～令和4年9月(8ヶ月) | 276,312       | 231,000                               | 154,000                             | 47,000   | 32,000                                |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ○   | 1401234506 | 藤沢市    | 神奈川県    | 藤沢市  | グループホーム〇〇    | 認知症対応型共同生活介護    | 加算Ⅱ   | 375,360             | 10.54           | 2.0%   | 令和4年2月～令和4年9月(8ヶ月) | 633,000       | 528,000                               | 352,000                             | 106,000  | 71,000                                |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |            |        |         |      |              |                 |   |                     |                 |        | 令和4年2月～令和4年9月(8ヶ月) |               |                                       |                                     |  |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |            |        |         |      |              |                 |   |                     |                 |        | 令和4年2月～令和4年9月(8ヶ月) |               |                                       |                                     |  |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |

「基本情報入力シート」の内容が反映されます。  
 内容に間違いがないか確認してください。

着色セルに入力またはリストの選択肢から  
 当て嵌まるものを選択してください。

介護職員処遇改善支援補助金計画書（（参考）補助金様式 2 - 1）  
※手順 5 ～ 9

|  |                                |   |       |                 |        |                |             |       |   |     |   |
|--|--------------------------------|---|-------|-----------------|--------|----------------|-------------|-------|---|-----|---|
| (参考) 補助金別紙様式 2 - 1   |                                |   |       |                 |        |                |             |       |   | 提出先 |   |
| 介護職員処遇改善支援補助金計画書   |                                |   |       |                 |        |                |             |       |   |     |   |
| 1 基本情報   |                                |   |       |                 |        |                |             |       |   |     |   |
| フリガナ   | 〇〇ケアサービス                       |   |       |                 |        |                |             |       |   |     |   |
| 法人名  | 〇〇ケアサービス                       |   |       |                 |        |                |             |       |   |     |   |
| 法人所在地  | 〒231-8588 横浜市中区日本大通り 1 〇〇ビル10階 |   |       |                 |        |                |             |       |   |     |   |
| フリガナ   | カナガワ ハナコ                       |   |       |                 |        |                |             |       |   |     |   |
| 書類作成担当者  | 神奈川 花子                         |   |       |                 |        |                |             |       |   |     |   |
| 連絡先  | 電話番号                           | 123-456-7890                                | FAX番号 | 123-456-7891    | E-mail | aaa-aaa@aaa.jp |             |       |   |     |   |
| 2 賃金改善計画について ※詳細は別紙様式 2 - 2 に記載  |                                |   |       |                 |        |                |             |       |   |     |   |
| ※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。<br>※本様式では下記の要件を確認しており、オレンジセル3カ所が「○」でない場合、補助金の交付要件を満たしていない。<br>I 補助金による賃金改善を行う総額が補助金による収入額（補助金の見込額）を上回ること<br>II 賃金改善の合計額の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こと |                                |   |       |                 |        |                |             |       |   |     |   |
| ①介護職員処遇改善支援補助金の見込額(e)  |                                |   |       |                 |        | 4,593,120      | 円           | 要件 I  |   |     |   |
| ②賃金改善の見込額(i - ii) (右欄の額は①欄の額を上回ること)  |                                |   |       |                 |        | 4,602,000      | 円           | ○     |   |     |   |
| i) 賃金改善の総額(見込額)  |                                | 「様式 2 - 2」シートの内容が反映されます。内容に間違いがないか確認してください。 |       |                 |        | 員等の賃金          | 164,329,000 | 円     |   |     |   |
| ii) 令和3年度【基準額】   |                                |   |       |                 |        | 金の総額           | 159,727,000 | 円     |   |     |   |
| ③ベースアップ等による賃金改善の見込額  |                                |   |       |                 |        |                |             |       |   |     |   |
| i) 介護職員の賃金改善の見込額(f-1)  |                                | (うち、ベースアップ等による賃金改善の見込額)(f-2)                |       | 3,832,000       | 円      | (66.70)        | %           | ○     |   |     |   |
|  |                                |   |       | 2,556,000       | 円      |                |             | 要件 II |   |     |   |
|  |                                |   |       | (一月あたり) 319,500 | 円      |                |             |       |   |     |   |
| ii) その他の職員の賃金改善の見込額(g-1)   |                                | (うち、ベースアップ等による賃金改善の見込額)(g-2)                |       | 770,000         | 円      | (67.14)        | %           | ○     |   |     |   |
|  |                                |   |       | 517,000         | 円      |                |             |       |   |     |   |
|  |                                |   |       | (一月あたり) 64,625  | 円      |                |             |       |   |     |   |
| ④補助金による賃金改善実施期間  |                                |   |       |                 |        | 令和4年           | 2           | 月     | ～ | 9   | 月 |
| 【記入上の注意】   |                                |   |       |                 |        |                |             |       |   |     |   |
| ・② i) 賃金改善を行う場合の介護職員等の賃金の総額（見込額）には、補助金による負担の増加分を含めることができる。<br>・② i) 及び ② ii) 「令和3年における賃金改善実施期間に相当する期間の介護職員等の賃金の総額」には、処遇改善加算及び特定加算を取得し実施される賃金の改善(見込)額を含む額を記載すること。   |                                |   |       |                 |        |                |             |       |   |     |   |

| 3 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  |   |                                     |        |                                     |                   |                          |                                     |  |  |  |  |   |   |           |   |      |  |       |   |   |  |                    |  |          |
|--|---|-------------------------------------|--------|-------------------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------------------|--|--|--|--|---|---|-----------|---|------|--|-------|---|---|--|--------------------|--|----------|
| 賃金改善を行う給与の種類   | ベースアップ等   | <input checked="" type="checkbox"/> | 基本給    | <input type="checkbox"/>            | 決まって毎月支払われる手当(新設) | <input type="checkbox"/> | 決まって毎月支払われる手当(既存の増額)                |  |  |  |  |   |   |           |   |      |  |       |   |   |  |                    |  |          |
|  | その他   | <input type="checkbox"/>            | 手当(新設) | <input checked="" type="checkbox"/> | 手当(既存の増額)         | <input type="checkbox"/> | 賞与 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |  |  |  |   |   |           |   |      |  |       |   |   |  |                    |  |          |
| 具体的な取組内容   | (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)   |                                     |        |                                     |                   |                          |                                     |  |  |  |  |   |   |           |   |      |  |       |   |   |  |                    |  |          |
|  | <input type="checkbox"/> 就業規則の見直し <input checked="" type="checkbox"/> 賃金規程の見直し <input type="checkbox"/> 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記載すること。   |                                     |        |                                     |                   |                          |                                     |  |  |  |  |   |   |           |   |      |  |       |   |   |  |                    |  |          |
|  | <p>○介護職員の基本給の引き上げ(引き上げ幅は、年齢、資格、経験、技能、勤務成績等を考慮して各人ごとに決定)</p> <p>基本給 月 給 ○○○○～○○○○円の増額</p> <p>※ 上記の額には、平成○年○月から処遇改善加算を取得しており、より上位の区分の加算を取得した際に増額した分を含む。</p> |                                     |        |                                     |                   |                          |                                     |  |  |  |  |   |   |           |   |      |  |       |   |   |  |                    |  |          |
| <p>以下の点を確認し、全ての項目にチェックして下さい。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>確認項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 令和4年2月分から賃金改善を実施しています。</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 令和4年2月サービス提供分について介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)の届出を行っています。</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 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。</td> <td>就業規則、給与規程</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 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。</td> <td>給与明細</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 補助金の対象となる職員の勤務体制を確認しました。</td> <td>勤務体制表</td> </tr> <tr> <td><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。</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 労働保険料の納付が適正に行われています。</td> <td>労働保険関係成立届、確定保険料申告書</td> </tr> <tr> <td><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。</td> <td>会議録、周知文書</td> </tr> </tbody> </table> <p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p> |   |                                     |        |                                     |                   |                          | 確認項目                                |  | <input checked="" type="checkbox"/> 令和4年2月分から賃金改善を実施しています。 |  | <input checked="" type="checkbox"/> 令和4年2月サービス提供分について介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)の届出を行っています。 | — | <input checked="" type="checkbox"/> 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、給与規程 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <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 |
| 確認項目   |   |                                     |        |                                     |                   |                          |                                     |  |  |  |  |   |   |           |   |      |  |       |   |   |  |                    |  |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> 令和4年2月分から賃金改善を実施しています。   |   |                                     |        |                                     |                   |                          |                                     |  |  |  |  |   |   |           |   |      |  |       |   |   |  |                    |  |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> 令和4年2月サービス提供分について介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)の届出を行っています。   | —   |                                     |        |                                     |                   |                          |                                     |  |  |  |  |   |   |           |   |      |  |       |   |   |  |                    |  |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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、給与規程   |                                     |        |                                     |                   |                          |                                     |  |  |  |  |   |   |           |   |      |  |       |   |   |  |                    |  |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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  |                                     |        |                                     |                   |                          |                                     |  |  |  |  |   |   |           |   |      |  |       |   |   |  |                    |  |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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   |                                     |        |                                     |                   |                          |                                     |  |  |  |  |   |   |           |   |      |  |       |   |   |  |                    |  |          |
| <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  |                                     |        |                                     |                   |                          |                                     |  |  |  |  |   |   |           |   |      |  |       |   |   |  |                    |  |          |
| <p>計画書の記載内容に虚偽がないことを証明するとともに、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。</p> <p>令和 4 年 4 月 10 日 法人名 ○○ケアサービス</p> <p>代表者 職名 代表取締役 氏名 神奈川 太郎</p>  |   |                                     |        |                                     |                   |                          |                                     |  |  |  |  |   |   |           |   |      |  |       |   |   |  |                    |  |          |



口座振込申出書 \* 債権譲渡等をしている場合のみ提出

## 口座振込申出書

|        |                             |       |          |     |      |      |      |                 |     |              |        |   |   |  |
|--------|-----------------------------|-------|----------|-----|------|------|------|-----------------|-----|--------------|--------|---|---|--|
| フリガナ   | シャカイフクシホウジン カナガワフクシカイ       |       |          |     |      |      |      |                 |     |              |        |   |   |  |
| 法人名    | 社会福祉法人 神奈川福祉会               |       |          |     |      |      |      |                 |     |              |        |   |   |  |
| フリガナ   | リジチョウ カナガワ タロウ              |       |          |     |      |      |      |                 |     |              |        |   |   |  |
| 法人代表者名 | 役職                          | 理事長   |          |     |      |      |      |                 |     | 氏名           | 神奈川 太郎 |   |   |  |
| フリガナ   | ヨコハマシナカクニホンオオドリ             |       |          |     |      |      |      |                 |     |              |        |   |   |  |
| 住所     | 横浜市中区日本大通 1-2-3             |       |          |     |      |      |      |                 |     |              |        |   |   |  |
| 郵便番号   | 上3桁                         |       |          | 下4桁 |      |      | 電話番号 |                 |     | 045-210-1111 |        |   |   |  |
|        | 2                           | 3     | 1        | —   | 0    | 0    | 0    | 1               |     |              |        |   |   |  |
| 振込先口座  |                             |       |          |     |      |      |      |                 |     |              |        |   |   |  |
| フリガナ   | カナガワケンチュウギンコウ ホンチュウシャシテン    |       |          |     |      |      |      |                 |     |              |        |   |   |  |
| 金融機関   | 神奈川県庁                       |       | 銀行・金庫・組合 |     | 本庁舎  |      |      | 本店・支店・本所・支所・出張所 |     |              |        |   |   |  |
|        | 金融機関コード                     |       | 1111     |     |      | 支店番号 |      |                 | 001 |              |        |   |   |  |
|        | 預金種別                        | 1. 普通 |          |     | 口座番号 |      | 0    | 1               | 2   | 3            | 4      | 5 | 6 |  |
| フリガナ   | フク)カナガワフクシカイ リジチョウ カナガワ タロウ |       |          |     |      |      |      |                 |     |              |        |   |   |  |
| 口座名義人  | 社会福祉法人 神奈川福祉会 理事長 神奈川 太郎    |       |          |     |      |      |      |                 |     |              |        |   |   |  |

必ず口座確認書類の写し(通帳の表紙裏の見開きページの写し)を添付してください。

(注1) 通帳の表紙裏の見開きページの写し(口座名義人のカタカナ表記、金融機関名、支店名、店コード、預金種目、口座番号を確認できるもの)を添付してください。

(注2) ゆうちょ銀行(金融機関コード: 9900)については、通帳表紙を開いたページの銀行使用欄に記載されている受取口座情報を記載してください。

ゆうちょ銀行の口座の場合は、記号・番号ではなく、通帳表紙を開いたページの銀行使用欄に記載されている受取口座情報(振込用の店名・預金種目・口座番号)を入力してください。

### 3. 書類審査、振込み

#### 3.1 書類審査

- ・ 提出された申請書等について、県が内容を確認します。
- ・ 交付額は、各事業所・施設ごとに、介護報酬の額が確定した後に、サービス別交付率を掛けて交付額を決定します。そのため、月の介護報酬によって、交付額が異なります。
- ・ 申請書に不備がある場合、必要に応じ、事業所・施設等へ連絡することがあります。
- ・ 審査終了後、電子メールで通知が送付され、承認通知書を電子申請システムからダウンロードできるようになる予定です。

#### 3.2 振込み

##### (1) 介護報酬が国保連から支払われている場合

令和4年7月以降、原則毎月下旬に国保連から介護報酬の振込用に登録されている口座へ交付金が振り込まれます。支払通知は、電子請求受付システム上で、国保連から事業所・施設等に振込日に送付されます。

【通帳印字名】 カナガワケンコクホレン

##### (2) 介護報酬が国保連から支払われていない場合

###### (債権譲渡等を行っている場合)

令和4年7月以降、原則毎月下旬に県から法人の指定口座(口座振込申出書に記載された口座)へ交付金が振り込まれます。支払通知の送付はありません。

【通帳印字名】 ケン) コウレイフクシカ 1393

※なお、通帳印字数は銀行によって異なるため、一部省略される可能性があります。

## 4 実績報告書の提出

### 4.1 報告期限

【報告期限】 令和4年12月1日（木）から令和5年1月31日（火）まで

### 4.2 報告方法

県への電子申請（e-kanagawa 電子申請システム）により、申請書類を提出してください。

【e-kanagawa 電子申請システム】

（電子申請フォームについては準備中です）

※インターネット環境が全く使用できない等、やむを得ない事情によりどうしても電子申請ができない場合に限り、紙で県に申請してください（紙での提出後、電子申請システムで出し直していただく場合があります）。

### 4.3 報告書の作成

- ・ 申請書の作成手順と同様に作成してください。

＜報告書の構成＞

(1) 実績報告書類

- |    |   |
|----|---|
| i  | （参考）補助金様式 3-1 介護職員処遇改善支援補助金実績報告書                |
| ii | （参考）補助金様式 3-2 介護職員処遇改善支援補助金実績報告書<br>（施設・事業所別個表） |

## 5. 証拠書類の保管

本事業に関する証拠書類は、交付決定日の属する年度の終了後5年間保管してください。

今後、県が現地で確認することがあります。また、会計検査等の際に確認を求められることがあります。

これらの際、証拠書類の原本が確認できないときは、交付金等の返還を求められる場合がありますので、不備のないよう証拠書類を整理して、必ず保管してください。

## 6. お問い合わせ

神奈川県介護職員処遇改善支援事業交付金コールセンター

(電話番号) 0570-007-566

(受付時間) 平日 09 時 30 分～17 時 00 分

※令和 4 年 4 月 1 日～6 月 30 日まで

※厚労省のコールセンターにつきましては、すでに閉鎖しておりますので、神奈川県介護職員処遇改善支援事業交付金コールセンターにお問い合わせください。

- 申請に関するご案内、よくある質問について

介護情報サービスかながわ

→ 書式ライブラリー

→ 0. 介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算

→ 介護職員処遇改善支援事業交付金（処遇改善支援補助金）

<https://www.rakuraku.or.jp/kaigo2/60/lib-list.asp?id=1114&topid=19>