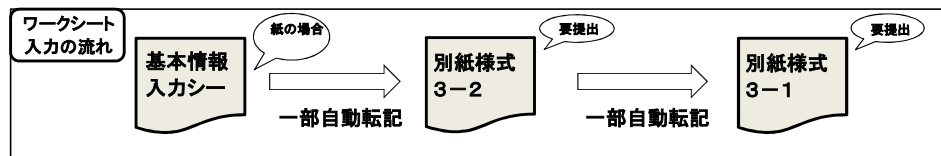


- はじめに本シート(基本情報入力シート)の黄色セルに入力することで、加算の対象事業所等に関する基本的な情報が、各様式に自動的に転記されます。
【注意】本シートは様式作成用のため、本実績報告書の提出を紙で行う場合、本シートの提出は不要です。ただし、自治体に電子媒体で提出する場合は、本シートを削除せずそのまま提出してください。
- 「別紙様式3-1」を完成させるには、「基本情報入力シート」「別紙様式3-2」から転記される情報が必要です。まずはこれらのシートを完成させてください。

【凡例】(本シート)
色付きセルに必要事項を入力してください。
補助金の支給に必要な情報 入力セル



●「別紙様式3-1」に記載する補助金による賃金改善の所要額について、具体的な算出方法は問いませんが、各職員に対し、補助金を原資として行った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算出してください。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

令和6年2月からの介護職員処遇改善支援補助金の届出に係る提出先(事業所の所在地の都道府県)を選択してください。

提出先 **東京都** 補助金の計画書の提出先は都道府県です。処遇改善加算とは提出先が異なる場合があります。

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	〒	1 0 0 - 1 2 3 4
	住所1(番地・住居番号まで)	千代田区霞が関 1-2-2
	住所2(建物名等)	〇〇ビル 18F
法人代表者	職名	代表取締役
	氏名	厚労 花子
法人番号		0123123456789
書類作成担当者	フリガナ	コウロウ タロウ
	氏名	厚労 太郎
連絡先	電話番号	03-3571-XXXX
	E-mail	aaa@aaa.a.a.jp

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。)

社会保険労務士事務所等の担当者の氏名・連絡先を記入しても構いません。

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。)

地域密着型サービスや総合事業については、指定元の市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。

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 加算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。記入内容が別紙様式3-2(補助金)に反映されます。

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
			都道府県	市区町村		
1	1334567890	東京都	東京都	千代田区	介護保険事業所名称01	訪問介護
2	1334567890	千代田区・中央区・港区	東京都	中央区	介護保険事業所名称01	訪問型サービス(総合事業)(独自/定率・定額(A3・A4))
3	1334567891	東京都	東京都	新宿区	介護保険事業所名称02	通所介護
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

!この欄が×の場合、1に記載した「提出先」の都道府県と、3に記載した「事業所の所在地」の都道府県が一致していません。計画書は都道府県ごとに作成し、「提出先」の都道府県以外の事業所を記載しないでください。

別紙様式3-1(補助金)

提出先 東京都

令和6年2月からの介護職員処遇改善支援補助金 実績報告書

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	〒100-1234 千代田区霞が関 1-2-2 〇〇ビル 18F			
フリガナ	コウロウ タロウ			
書類作成担当者	厚労 太郎			
連絡先	電話番号	03-3571-XXXX	E-mail	aaa@aaa.aa.jp

本別紙様式3-1を完成させるには、「基本情報入力シート」「別紙様式3-2」から転記される情報が必要です。まずは他のシートを完成させてください。

【凡例】(様式3-1、3-2)
以下の分類に従い、色付きセルに必要事項を入力してください。

補助金の支給に必要な情報 入力セル

別紙様式3-2の「介護職員処遇改善支援補助金の総額」の合計値が記載されます。空欄の場合、別紙様式3-2に記入漏れがあります。

2 実績報告について

①介護職員処遇改善支援補助金の総額(令和6年2~5月分)	316,778	円
②賃金改善の所要額(令和6年2~5月分)(右欄の額は①欄の額以上となること)	320,480	円
③基本給等による賃金改善の所要額(令和6年4・5月分)		
i) 介護職員処遇改善支援補助金の総額(令和6年4・5月分)	160,473	円
ii) 賃金改善の所要額(令和6年4・5月分)	164,670	円
iii) うち、基本給等による賃金改善の所要額(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)	116,607	円
介護職員の賃金改善の所要額(参考)	105,650	円
うち、基本給等による改善の所要額	78,020	円
(一月あたり)	39,010	円
その他の職員の賃金改善の所要額(参考)	59,020	円
うち、基本給等による改善の所要額	38,587	円
(一月あたり)	19,294	円
④ベースアップの実施	<input checked="" type="checkbox"/> 実施した <input type="checkbox"/> 実施していない	実施した場合、ベースアップ率 2.50% 実施していない場合、やむを得ない事情

! この欄が○でない場合、賃金改善の所要額が要件を満たしていません。一時金の追支給等を行ってください。

! この欄が○でない場合、iii基本給等による賃金改善の所要額(令和6年4・5月分)がi補助金額(令和6年4・5月分)の2/3以上になっていません。

(iiiの額) ÷ (iの額) の値が自動で入力されます。この欄が66.66% (3分の2) 以上となる必要があります。

要件は令和6年4・5月分の補助額の2/3以上の基本給等による賃金改善を行うことであり、賃金改善額の2/3以上ではないため、この欄が2/3以上となっていない場合、やむを得ない事情がある場合、なるべく2/3以上とするようにしてください。その他の職員についても同様です。

【記入上の注意】

- 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総額が補助金による収入額以上となること
- 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こと
- ②「賃金改善の所要額」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。
- 「ベースアップ」とは、「賃金表の改訂により基本給等の水準を一律に引き上げること」を指す。

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

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((ア)-(イ)) (②以上の額となること)	32,072,752	円
(ア)令和6年2月から5月の賃金の総額	32,389,530	円
(イ)令和6年2月から5月の処遇改善支援補助金の総額	316,778	円
② 令和5年2月から5月の賃金総額	31,448,272	円

【記入上の注意】

- 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し、調整の具体的な考え方について、以下の「備考欄」に記載することとする。また、令和5年3月以降に新設された事業所については、令和6年1月以前の適切な期間(4か月間)の賃金総額などの適切な金額を記載すること。

備考欄

4 記載内容に虚偽がないこと等の誓約

実績報告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 ● 月 ● 日 法人名 〇〇ケアサービス

代表者 職名 代表取締役 氏名 厚労花子

! この欄が×の場合、チェックが入っていない項目か、空欄の項目があります。

【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	○
2 実績報告について	
② 賃金改善の所要額が介護職員処遇改善支援補助金の総額以上となること	○
③ 基本給等による賃金改善の所要額(令和6年4・5月分)が補助金額(令和6年4・5月分)の2/3以上となること	○
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	○
4 記載内容に虚偽がないこと等の誓約	
誓約について、空欄の項目がない	○

法人名 ○○ケアサービス

【記入上の注意】
 ・本表に記載する事業所は、処遇改善支援補助金 処遇改善計画書の別紙様式2-2(補助金)に記載した事業所と一致しなければならない。
 ・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。

介護職員処遇改善支援補助金額の合計[円]	316,778
うち、令和6年4・5月分の補助金の合計[円]	160,473

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。

	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	交付対象期間	介護職員処遇改善支援補助金の総額(令和6年2~5月)[円]	うち、令和6年4・5月分の補助金の総額[円]
			都道府県	市区町村					
1	1334567890	東京都	東京都	千代田区	介護保険事業所名称01	訪問介護	令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)	138,471	69,873
2	1334567890	千代田区・中央区・港区	東京都	中央区	介護保険事業所名称01	訪問型サービス(総合事業)(独自/定率・定額(A3・A4))	令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)	49,837	22,020
3	1334567891	東京都	東京都	新宿区	介護保険事業所名称02	通所介護	令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)	128,470	68,580
4							令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)		
5							令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)		
6							令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)		
7							令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)		
8							令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)		
9							令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)		
10							令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)		
11							令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)		
12							令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)		
13							令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)		
14							令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)		
15							令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)		
16							令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)		
17							令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)		
18							令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)		
19							令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)		
20							令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)		