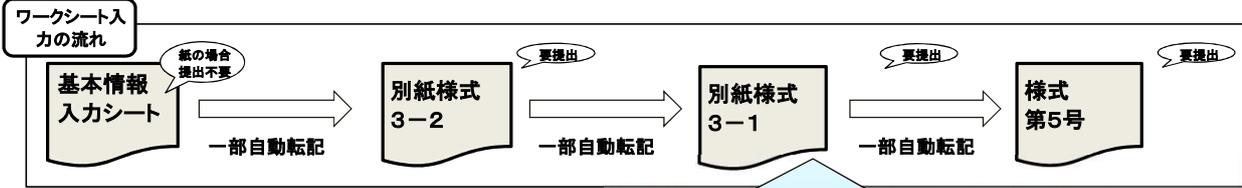


記載例

●は基本情報入力シート(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】紙の場合、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、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。



●「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(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。除く。)を含む金額を記入してください。

⚠ 実績報告書の作成について
 ①基本情報入力シート → ②様式3-2 → ③様式3-1 → ④様式第5号 の順で作成してください。
 黄色セルのセルに必要事項を入力してください。

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
 提出先 **岩手県** このままで提出してください。

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	シャカイフクシホウジン〇〇ケアサービス
	名称	社会福祉法人〇〇ケアサービス
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	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	019-629-0000
	E-mail	aaa@aaa.aa.jp

すべて埋めてください。
 ※法人の情報に変更がない限り、申請時の計画書と同じ内容で記載してください。

※法人の情報に変更があった場合(代表者変更など)は、別途書類が必要となる場合がありますので、事務局までお問い合わせください

実際に連絡の取れる連絡先を記載してください。

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	岩手県	岩手県	盛岡市	介護保険事業所名称01	訪問介護
2	1334567890	岩手県	岩手県	盛岡市	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	盛岡市	岩手県	盛岡市	介護保険事業所名称02	通所介護
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						

令和6年4月に提出した、申請時の計画書と同じ内容で記載してください。

サービス名はセル(入力欄)をクリックするとリスト▼が表示されるので、選択してください。

別紙様式3-1(補助金)

提出先 岩手県

1月からの介護職員処遇改善支援補助金

記載例

クシホウジン〇〇ケアサービス
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 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 019-aaa@aaa.aajp

! このシートを最後(様式3-2の次)に入力

黄色 のセルを漏れなく記載してください。
白いセルは数式が入っていますので、入力しないでください。
(基本情報入力シートおよび様式3-2から自動で転記、または自動計算されます)

様式3-2で示した①が自動で転記されます。

2月~5月の給与のうち、補助金を含めた賃金改善額を記載してください。
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て構いません。

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	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
ii) 賃金改善の所要額(令和6年4・5月分)	164,670	円	<input type="checkbox"/>
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) (右欄の額はi欄の額の2/3以上となること)	116,607	円	<input type="checkbox"/>
介護職員の賃金改善の所要額(参考)	(1) 105,650	円	
うち、基本給等による改善の所要額	(2) 78,020	円	(73.85) %
(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)	(3) 59,020	円	
うち、基本給等による改善の所要額	(4) 38,587	円	(65.38) %
(一月あたり)	19,294	円	

! 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。一時金の退支給等を行ってください。

! この欄が○でない場合、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

i) 様式3-2で示した②が自動で転記されます

ii) (1)+(3)が自動で計算されます。

iii) (2)+(4)が自動で計算されます。

(1) 介護職員の賃金改善額
(2) (1)のうち、基本給等による改善額
(3) その他の職員の賃金改善額
(4) (3)のうち、基本給等による改善額

を記載してください。

④ベースアップの実施	<input checked="" type="checkbox"/>	実施した	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
------------	-------------------------------------	------	----------------	-------	--------------------

事業所の人員構成により、定期昇給の実施(基本給の引上げによる対応)による人件費の増加が大きく、今回の交付金を充てなければ事業所の経営が極めて厳しいことから、ベースアップ(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)は行わない。

記入上の注意
・本様式での入力に当たっては、以下の要件を確認しており、オレンジセルが×の場合、補助金の交付要件を満たしていない。
①補助金の総額が賃金改善の総額が補助金による収入額以上となること

どちらかにチェックをして下さい。 実施したベースアップ率を記載してください。 ベースアップを実施しなかった場合、やむを得ない事情を記載してください。

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	<input type="checkbox"/>
(ア)令和6年2月から5月の賃金の総額	32,389,530	円	<input type="checkbox"/>
(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	<input type="checkbox"/>
② 令和5年2月から5月の賃金総額	31,448,272	円	<input type="checkbox"/>

今年の2月~5月の賃金総額から、補助金を引いた額が自動計算されます。 ※(ア)-(イ)

今年の2月~5月の賃金総額(補助金含む)を記載してください。

様式3-2で示した①が自動で転記されます。(補助金の受給額)

去年の2月~5月の賃金総額を記載してください。

【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、それらの総額」の額を調整して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
経験年数が長く、給与の高い職員が退職し、代わりに新卒者を採用したため、退職者については、令和5年2月から5月に在席していなかったものと仮定し、新規採用者については、その者と同職であって勤務年数等が同等の職員が、令和5年2月から5月に在席していたものと仮定した賃金総額を推計した

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は、賃金総額の調整の具体的な考え方について記載してください。

4 記載内容に虚偽がないこと等の誓約

! 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。

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 10 月 31 日 法人名 社会福祉法人〇〇ケアサービス
代表者 職名 代表取締役 氏名 厚労花子

転記されませんので、記載してください。
日付・法人名・代表者職名・氏名ともに、基本情報入力シートおよび様式第5号と同一としてください。

【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。

記載例

福祉法人〇〇ケア

①の合計が自動で計算されます。

②の合計が自動で計算されます。

316,778

160,473

【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、枚数記載できない場合は、適宜、行を追加すること。

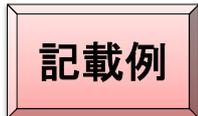
! このシートを2番目(基本情報入力シートの次)に入力
 黄色 のセルを漏れなく記載してください。
 白いセルは基本情報入力シートから自動で転記、または自動計算されます(数式が入っています)ので、入力しないでください。

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	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	岩手県	盛岡市	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	岩手県	盛岡市	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	盛岡市	盛岡市	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								
6								
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)		

申請時と同じ月を記載してください。

県から支払われた補助金の合計金額を事業所ごとに記載してください(各月の支払通知書または県からの請求書額を参照・合算してください)。

左記①のうち、4月~5月の金額を記載してください。



岩手県知事 様

⚠ 手入力する欄は、黄色 □ の以下のセルのみです。

・交付決定番号
それ以外は、基本情報入力シート及び様式3-1より自動で入力されます。

番 号
年 10 月 31 日

申請者 法人本店所在地 岩手県盛岡市内丸10-1
法人名 社会福祉法人〇〇ケアサービス
代表者職・氏名 代表取締役 厚労 花子

介護職員処遇改善支援補助金実績報告書

令和6年9月20日付け岩手県指令長第 492 号で交付決定の通知がありました標記事業
について、事業が完了したので、関係書類を添えて報告します。

記

1 精算額 金 320,480 円

1

様式3-1で示した①が
自動で転記されます。

2 添付書類

- (1) 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(別紙様式第3-1号)
- (2) (2) 介護職員処遇改善支援補助金実績報告書(施設・事業所別個表)
(別紙様式3-2)
- (3) その他知事が必要と認める書類

※交付決定番号

交付決定通知書の例

岩手県指令長第 [] 号

令和 [] 年 [] 月 [] 日付け [] で申請のあった介護職員処遇改善支援事業
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条及び第6条の規定により、次の条件を付けて、令和5年度
介護職員処遇改善支援補助金 [] 円を交付します。

令和 [] 年 [] 月 [] 日

岩手県知事 達 増 拓 也

