

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

各シートに自動

●はじめ
的に転記



提出の際は、PDF化せず、エクセルをそのまま提出してください

【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、補助金を申請する際

【作成の手順】

※ 原則、9月に提出した変更交付申請の様式をそのまま使用してください

変更交付申請の際、修正点があり再提出を行った場合や、事務局にて修正を行った場合、修正後のデータを使用してください。

変更申請後に住所、代表者、事業所番号などに変更があった場合は、作成時点の内容で入力してください。(別途変更届が必要となる場合があります)

●自動

本計画

●本計画

処遇改善

指定権

その際

●その

都道府

この場

●「提出

提出先

① 基本情報入力シート

別紙様式2-2

変更交付申請で入力したままとしてください

② 別紙様式3-1(補助金)を入力

③ 別紙様式3-2(補助金)が自動反映で作成される

④ 様式第5号を入力

⑤ 様式第6号を入力

国保連通知額 > 交付決定額の場合、差額の支払いがあります

指定権者名を入力。

改善加算個
票)
を指定権者
に提出

都道府県名を入力。

2-2(補
助金個票)
を都道府
県に提出

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: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

変更交付申請の様式をそのまま使用してください

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	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	3,013,889		3,013,889	○
3	3333333333	岩手県	岩手県	雫石町	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	○
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											

変更交付申請の様式をそのまま使用してください

別紙様式2-2(障がい福祉人材確保・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	社会福祉法人〇〇サービス
-----	--------------

補助金の見込額の合計[円]	901,461
提出先都道府県での補助金の見込額の合計[円]	901,461

【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2-1(国実施要綱に定める別紙様式2-3関係)の補助金の見込額には、提出先 の都道府県内に所在する事業所・施設のみ合計額が記載される。
・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。
・別途、都道府県の指定する様式で法人・事業所の振込先の口座情報等を都道府県に届け出ること。

通し 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	障がい福祉人 材確保・職場環 境改善等事業 を申請予定	一 月 あ た り 障 害 福 祉 サ ー ビ ス 等 報 酬 総 額 (a)	交 付 率 (b)	補 助 金 の 見 込 額 (c) (a×b) [円]	交付対象月 ※令和6年12月を基本とし、各事業所の判断により、令和7年1月、2月又は3月も選択可能。どれか1つのみに「○」。			
			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	障害福祉事業所名称〇1	施設入所支援	32	○	1,700,000	13.6%	231,200	○			
2	2222222222	岩手県	岩手県	矢巾町	障害福祉事業所名称〇2	生活介護	22	○	3,013,889	7.2%	217,000	○			
3	3333333333	岩手県	岩手県	雫石町	障害福祉事業所名称〇3	就労継続支援B型	46	○	8,241,110	5.5%	453,261	○			
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															

変更交付申請の様式をそのまま使用してください

障がい福祉人材確保・職場環境改善等事業 実績報告書

1 基本情報

フリガナ	シャカイフクシホウジン〇〇サービス		
法人名	社会福祉法人〇〇サービス		
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	010-600-0000	E-mail iwate-kai***.co.jp

2 実績報告について

①補助金の総額(②と③の合計が①以上※所要額が無い箇所は0とし、空欄が無いよう入力してください)	901,461	円	☒
②人件費改善の所要額	500,000	円	☒
③職場環境改善の所要額(ア)～(ウ)の合計	420,000	円	☒
(ア)研修費	420,000	円	☒
(イ)間接支援業務に従事する者の募集経費	0	円	☒
(ウ)その他の金額	0	円	☒

③(ウ)「その他の金額」に記載した場合の使途

③(ウ)「その他の金額」に記載した場合の使途	10,000	円	☒
------------------------	--------	---	----------------------------------

【記入上の注意】

- ・本様式では下記の要件を確認しております。③(ウ)「その他の金額」に記載した場合、補助金の交付要件を満たしていない。
- ・補助金による人件費改善等による収入額以上となること

③で(ウ)の額を入力した場合、ここに右図のような項目が表示されますので、該当する使途を選択し、備考欄に具体的な内容を入力してください
A123セルが〇になっていることが必要です

③(ウ)「その他の金額」に記載した場合の使途	10,000	円	☒
対象となる要件	④介護職員等の業務の洗い出しや機材の購入など、現場の課題の見える化		

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

☒ 補助金を人件費の改善に使用した場合、補助金以外の部分で賃金水準を引き下げない。	☒
---	----------------------------------

職場環境改善の所要額を入力した場合表示されます

4 職場環境改善経費の消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額について

☒ 職場環境改善経費に消費税額を含めていない、又は消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額を除外しています。	☒
☒ 職場環境改善経費に消費税額を含めており、かつ控除税額が報告書作成時に未確定の場合は、確定後に都道府県指定の様式で報告することを理解しました。	☒

5 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 7 年 11 月 1 日	法人名 社会福祉法人〇〇サービス
	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、指定権者からの求めがあった場合には提出してください。
- ・本表への虚偽記載の他、補助金の請求に関して不正な行為を行った場合は、補助金の返還を求められます。

(確認用)提出前のチェックリスト

以下の項目に「×」がないか、提出前に確認してください

2 実績報告について	
② 人件費改善及び職場環境改善の所要額の和が補助金の総額以上となること	☒
③ 職場環境改善を、研修費、間接支援業務に従事する者の募集経費以外に充てた場合、具体的な使途を記載していること	☒
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	
補助金による人件費改善以外の部分で賃金水準を引き下げない	☒
4 職場環境改善経費の消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額について	
職場環境改善経費の消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額について、取扱いを理解した	☒
5 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

社会福祉法人〇〇サービス

提出先の都道府県における補助金額の合計[円]

901,461

【記入上の注意】

- ・本表に記載する事業所は、障がい福祉人材確保・職場環境改善等事業計画書の基本情報入力シートで当補助金を申請すると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複数枚の提出を行うを追加すること。

障害福祉サービス等事業所番号		指定	全て自動反映されますので、入力不要です					補助金の総額[円]
			都道府県	市区町村			コード	
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	231,200
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	217,000
3	3333333333	岩手県	岩手県	雫石町	障害福祉事業所名称03	就労継続支援B型	46	453,261
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								

様式第5号（別表第2関係）

岩手県知事 様

申請者法人本部所在地

基本情報入力シートから自動反映されます

職・氏名

入力欄に入力すると反映されます

障がい福祉人材確保・職場環境改善等事業費補助金実績報告書

令和7年6月25日付け岩手県指令障第313-〇〇〇号及び令和7年〇月〇日付け岩手県指令障第〇〇〇-〇〇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。

1 事業精算額 金

記

901,461 円

2 添付書類

- (1) 障がい福祉人材確保・職場環境改善等事業実績報告書（別紙様式第3-1号）
- (2) 障がい福祉人材確保・職場環境改善等事業実績報告書（事業所別個票）（別紙様式第3-2号）
- (3) その他知事が必要と認める書類

別紙様式3-2から自動反映されます

様式3-1の誓約日から自動反映されます

7サ第〇〇号

令和7年11月1日

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

当初交付決定

①交付決定月日 6 月 25 日

交付決定通知書の知事名の左上に記載された月日

②交付決定番号 313-〇〇〇

交付決定通知書の右上に記載された番号

変更交付決定

③交付決定月日 〇 月 〇 日

変更交付決定通知書の知事名の左上に記載された月日

④交付決定番号 〇〇〇-〇〇

変更交付決定通知書の右上に記載された番号

※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サ第〇〇号

申請日の上に自動反映されます

交付決定通知の例

岩手県指令障第 〇〇〇-〇 号
盛岡市内丸10-1
社会福祉法人〇〇サービス

令和7年4月2日付けで申請のあった、障がい福祉人材確保・職場環境改善等事業に要する経費について、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条の規定に基づき、次の条件を付して、令和6年度障がい福祉人材確保・職場環境改善等事業費補助金802,543円を交付します。

1

令和7年6月25日

岩手県知事 達 増 拓 也

変更交付決定通知の例

岩手県指令障第 〇〇〇-〇〇号
盛岡市内丸10-1
社会福祉法人〇〇サービス

令和7年9月10日付けで申請のあった、障がい福祉人材確保・職場環境改善等事業に係る経費の変更については、申請どおりこれを承認し、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12条第1項の規定により、次の条件を付けて、令和7年6月25日付け岩手県指令障第313-〇〇〇号による交付決定を変更します。

3

令和7年〇月〇日

岩手県知事 達 増 拓 也

入力欄①～④の交付決定日と番号は、県から交付された通知を確認して入力してください

岩手県知事 達 増 拓 也