

計画書(障害福祉従事者処遇改善緊急支援事業)
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、障害者総合支援事業費補助金(障害福祉従事者処遇改善緊急支援事業)又は児童虐待防止対策等総合支援事業費補助金(障害福祉従事者処遇改善緊急支援事業)(以下「補助金」という。)の国の申請様式です。

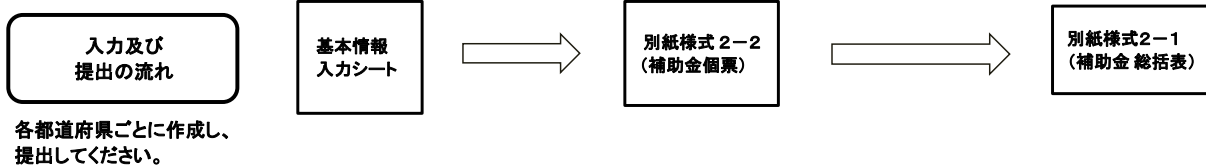
②補助金の実施主体である各都道府県において、別途申請様式が示されている場合もありますので申請書類の作成に当たっては、必ず都道府県のホームページをご確認ください。

③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。

●「提出先の自治体名」を記入すると、別紙2-1から2-2までの「提出先」欄も、自動で更新されます。

提出先が正しく記入されていることを必ずご確認ください。



1 提出先に関する情報

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。

提出先の都道府県名	北海道
-----------	-----

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 ハコダテイチジョウ		
	名称	社会福祉法人 函館一条		
法人住所	〒	042	0916	
	住所1 (番地・住居番号 まで)	北海道函館市旭岡町19番地の29		
	住所2 (建物名等)			
法人 代表者	職名	理事長		
	氏名	尾形 永造		
法人番号		9440005000372		
書類 作成 担当者	フリガナ	オクヤマ シュウヘイ		
	氏名	奥山 修平		
連絡先	電話番号	0138-50-3777		
	E-mail	ichijou@seagreen.ocn.ne.jp		

3 計画書の記載内容や補助金の支払に係る情報

○

☒ 本障害福祉従事者処遇改善緊急支援事業計画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。

(以下どちらか1つにチェック(✓)すること。)

☒ 【提出先の都道府県において、振込先の事業所が債権譲渡を行っていない場合】
障害福祉従事者処遇改善緊急支援事業の支払に係る各都道府県の国民健康保険団体連合会から都道府県への支払口座情報の提供に同意します。

☐ 【提出先の都道府県において、振込先の事業所が債権譲渡を行っている場合】
債権譲渡を行っている振込先の事業所について、都道府県に振込口座情報を提供しています。

令和 8年 4 月 10 日

法人名 社会福祉法人 函館一条

代表者 職名 理事長 氏名 尾形 永造

【記入上の注意】

- ・各証明資料は、都道府県又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。

4 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。記入内容が別紙様式に反映されます。

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	基準月（原則令和7年12月）の 障害福祉サービス等報酬総額 [円]
			都道府 県	市区町村				
1	0111400735	函館市	北海道	函館市	多機能型事業 所ワークセン ター一条	自立訓練（生活 訓練）	42	1,167,030
2	0111400735	函館市	北海道	函館市	多機能型事業 所ワークセン ター一条	生活介護	22	12,433,630
3	0111400735	函館市	北海道	函館市	多機能型事業 所ワークセン ター一条	就労継続支援B 型	46	4,685,300
4	0111400743	函館市	北海道	函館市	多機能型事業 所ワークスー 条	就労移行支援	43	73,270
5	0111400743	函館市	北海道	函館市	多機能型事業 所ワークスー 条	就労継続支援B 型	46	4,746,120
6	0111400743	函館市	北海道	函館市	多機能型事業 所ワークスー 条	就労定着支援	47	89,380
7	0121401848	函館市	北海道	函館市	共同生活援助 事業所グループ ホーム一条	共同生活援助 （介護サービス包 括型）	33	7,974,660
8	0111401857	函館市	北海道	函館市	短期入所事業 所グループホー ム一条	短期入所	24	262,270
9	0131401515	函館市	北海道	函館市	相談支援事業 所一条	計画相談支援	52	3,249,180
10	0131401515	函館市	北海道	函館市	相談支援事業 所一条	地域相談支援 （地域移行支援）	53	24,220
11	0171402993	函館市	北海道	函館市	相談支援事業 所一条	障害児相談支援	55	648,890
12								
13								
14								
15								
16								
17								

1 基本情報

フリガナ	シャカイフクシホウジン ハコダテイチジョウ				
法人名	社会福祉法人 函館一条				
法人所在地	〒 042-0916				
	北海道函館市旭岡町19番地の29				
フリガナ	オクヤマ シュウヘイ				
書類作成担当者	奥山 修平				
連絡先	電話番号	0138-50-3777	E-mail	ichijou@seagreen.ocn.ne.jp	

2 補助金の支給要件及び使途

○

【支給要件】
実施要綱別紙1表1に掲げるサービス類型に該当する場合：賃金改善に向けて、以下の①から③の取組の実施を計画している又は既に実施しています。(②・③については該当するいずれか片方)
実施要綱別紙1表2に掲げるサービス類型に該当する場合：賃金改善に向けて、以下の④から⑥の取組の実施を計画している又は既に実施しています。
※届出に係る計画の期間中に実施する事項について、チェック(✓)する又は実績報告書の提出までに要件整備を行う誓約をすること(「誓約」を選択。))。

✓

① 基準月において、処遇改善加算を算定していること。

✓

② 処遇改善加算Ⅰ又はⅡを算定している場合は、次の(ア) (イ)のいずれかを満たすこと。
(ア) 経験・技能のある障害福祉人材のうち1人以上は、賃金改善後の賃金の見込額(処遇改善加算を算定し実施される賃金改善の見込額を含む。)が年額460万円以上であること(処遇改善加算による賃金改善以前の賃金が年額460万円以上である者を除く。)
(イ) 職場環境等要件について、全体から14以上の取組を実施していること。
※ 別添「職場環境等要件」チェックシートについて、記載すること。

③ 処遇改善加算Ⅲ又はⅣを算定している場合は、職場環境等要件について、全体から8以上の取組を実施していること。
※ 別添「職場環境等要件」チェックシートについて、記載すること。

✓

④ 基準月において、処遇改善加算Ⅳの算定に準ずる任用要件・賃金体系の整備等を行っていること。

✓

⑤ 基準月において、処遇改善加算Ⅳの算定に準ずる研修等の実施等を行っていること。

✓

⑥ 基準月において、処遇改善加算Ⅳの算定に準ずる職場環境等要件を満たしていること。
※ 別添「職場環境等要件」チェックシートについて、記載すること。

【使途】
人件費(一時金等)の改善を行う方法

✓

① 人件費の改善の実施

【記入上の注意】
・基準月において、処遇改善加算を取得していない場合や、当該要件を満たしていない場合であっても、申請時に処遇改善加算の算定を誓約した場合は、本補助金の申請要件の審査に当たっては、基準月から処遇改善加算を算定していることや、当該要件を満たしていることとして取り扱う。なお、当該誓約をした場合は、実績報告書において処遇改善加算の算定や、当該要件の取組等について報告することとする。
・実績報告では、どのような項目の費用にどのくらいの額を当てたかを報告いただきます。

3 その他要件を満たすことの確認・誓約等

以下の点を確認し、満たしている項目に全てチェック(✓)すること。

○

確認項目	証明する資料の例
✓ 障害福祉従事者処遇改善緊急支援事業による人件費改善以外の部分で賃金水準を引き下げません。	—
✓ 補助金を申請する事業所は、基準月において実施要綱に示す要件を満たしている、又は誓約したことで対応したとことみなした要件について、実績報告書の提出までに対応いたします。	—
✓ 補助金として給付される額は、上記使途のために全額支出します。	給与明細、賃金改善経費に係る明細書等
✓ 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。	—
✓ 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
✓ 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
✓ 都道府県のホームページ等で、障害福祉従事者処遇改善緊急支援事業計画書の提出先を確認しました。	—

(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。

2 補助金の見込額、支給要件及び使途	
補助金の使途が示されている	○
3 要件を満たすことの確認等	
要件を満たすことの確認について、チェック(✓)が入っていない項目がない	○
誓約について、空欄の項目がない	○
別紙様式2-2(補助金)	
補助金を申請予定の各事業所について、交付対象月が1つのみ指定されている。	○
振込先として1つの事業所を選択している。	○
債権譲渡に関して未記入の項目がない	○

振込に関する情報

(別紙様式2-2から集計・転記)

都道府県	① 見込額 (円)	② 振込先の事業所名	③ ②の事業所が債権譲渡を行っており、 別途口座を都道府県に登録する必要がある。
北海道	5,768,395	多機能型事業所ワークセンター一条	0

提出先	北海道
-----	-----

【記入上の注意】

・各都道府県ごとに補助金の要件を満たす必要があり、都道府県ごとに振込先の指定方法等、様式が異なる場合もあることから、補助金の計画書は都道府県ごとに作成してください。

・事業所の数が多く、1枚に記載しきれない場合は、適宜、行を追加してください。

・補助金の支払は、原則として、国保連合会に登録している介護給付費等の振込先口座のうちのいずれかに、都道府県ごと、法人ごとに振り込まれます。そのため、振込先の希望を、各都道府県ごとに1つだけ選択してください。

・振込先は、原則、介護給付費等の債権譲渡を行っていない事業所を選択してください。債権譲渡を行っている事業所を振込先とする場合、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てください。

[illegible]