

令和元年度介護職員勤務環境改善支援事業補助金交付申請書

長寿1 番 01 号

令和 元年 6月15日

宮城県知事 村井嘉浩 殿

法人の番号等の記載方法にあわせて体裁を変更していただいてもかまいません。

申請者 法人（事業者）本店所在地 仙台市青葉区本町三丁目8番1号

法人（事業者）名 社会福祉法人〇〇会

代表者氏名 理事長 長寿 太郎

※実印

令和元年度において、下記のとおり事業を実施したいので、補助金等交付規則第3条の規定により、介護職員勤務環境改善支援事業補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

補助金申請額 金 888,000 円

法人ごとに1まとめとなります。複数施設の申請となる場合は、申請する施設の合計額を記入してください。

添付書類

- 1 事業計画書（様式第1号別紙（1））
- 2 所要額調書（様式第1号別紙（2））
- 3 歳入歳出予算書（見込書）の抄本
- 4 納税証明書（県税）（未納がないことの証明）
- 5 暴力団排除に関する誓約書
- 6 その他知事が必要と認める書類

事業計画書
(介護職員勤務環境改善支援事業)

法人(事業者)名: 社会福祉法人〇〇会

施設名: 特別養護老人ホーム■■■

担当者名: 宮城 一郎
連絡先電話番号: 022-456-789

経費区分	対象経費の 支出予定額 (単位:円)	積算内訳
コンサルティング業務 経費	201,000	201千円/1施設 上限額での申請としてください。交付申請時点では、コンサルティング業務経費が未定のためです。
リフト経費	687,000	支出予定額=229千円×3台 ①試用計画台数 3台 ②試用希望期間 令和元年9月1日～令和2年2月末日 ③使用場面(希望・想定) 入浴・脱衣時の移乗
合計	888,000	1台当たり上限額で計算してください。交付申請時点では、機種未定のためです。
所要額	888,000	

注1 所要額欄には「対象経費の支出予定額の合計」欄の金額から千円未満の端数を切り捨てた額を計上すること。

注2 積算内訳は、別表記載の補助対象経費を参考に記載すること。

2 次年度のリフトの本格導入について

必要なリフトの数	3	台
次年度の導入希望数	3	台
次年度に向けた予算化の予定	有	・ 未定

様式第1号別紙(2)

所要額調書

寄附金やその他収入をリフト試用導入等に充てる場合には、
(B)欄に入力して、対象経費から差し引いてください。

1 支出

(円)

事業名	総事業費 (A)	寄付金その他の収入額 (B)	差引額 (A-B) (C)	対象経費の支出予定額 (D)	基準額 (E)	補助所要額 (F)	備考
介護職員勤務環境改善支援事業	888,000	0	888,000	888,000	888,000	888,000	
合計	888,000	0	888,000	888,000	888,000	888,000	

(注) F欄には、C欄の金額、D欄の金額、E欄の金額を比較し、最も少ない額を記入すること。
(千円未満切り捨て)

基準額は、導入台数に応じた補助金の上限額となります。

2 収入

区分	収入見込額	備考
介護職員勤務環境改善支援事業補助金	888,000円	
事業者負担額	円	
その他補助金	円	
寄付金その他の収入	0円	
合計	888,000円	

「1支出」と「2収入」の各色枠の金額が一致するように作成してください。

(参考様式)

歳入歳出予算・決算(見込)書抄本

歳入

科目	予算額	備考
介護職員勤務環境改善支援事業 費補助金(宮城県)	888,000円	
寄附金	0円	
一般財源	0円	事業者負担分
借入金	0円	
合計	888,000円	

歳出

科目	予算額	備考
使用料・賃借料 及び備品購入費	687,000円	リフトレンタル経費 スリングシート購入費
委託費	201,000円	コンサルティング業務経費
合計	888,000円	

この写しは、原本に相違ないことを証明し

リフト事業の総額に係る「歳入」と「歳出」の金額が一致するように作成してください。

令和元年6月〇〇日

法人(事業者)名 社会福祉法人〇〇会

代表者氏名 理事長 長寿 太郎

※実印

令和元年度介護職員勤務環境改善支援事業
変更承認申請書番 号
年 月 日

宮城県知事 村 井 嘉 浩 殿

申請者 法人（事業者）本店所在地 仙台市青葉区本町三丁目8番1号
法人（事業者）名 社会福祉法人〇〇会
代表者氏名 理事長 長寿 太郎

※実印

令和元年7月●●日付け宮城県（長政）指令第▲▲▲号で交付決定の通知がありました令和元年度介護職員勤務環境改善支援事業補助金について、事業の内容を下記のとおり変更したいので、承認されるよう関係書類を添えて申請します。

記

1 変更の内容

事業内容	変更前	変更後
介護職員勤務環境改善支援事業（リフト導入台数の減による所要額の減）	特養▲▲ 3台	特養▲▲ 3台
	GH▲▲ 2台	
	計 5台	計 3台
	所要額 1,547,000円	所要額 888,000円 (▲659,000円)

2 変更の理由

検討の結果、交付申請を受けたうちの1施設について、対象者の不在（退所）により、試用導入を見合わせる事となったため。

3 添付書類

様式第3号 〇〇の際に提出した添付書類について、変更のあるものすべてを提出すること。

(2) その他知事が必要と認める書類

令和元年度介護職員勤務環境改善支援事業

~~中止(廃止)~~承認申請書

番 号
年 月 日

宮城県知事 村 井 嘉 浩 殿

申請者 法人（事業者）本店所在地 仙台市青葉区本町三丁目8番1号

法人（事業者）名 社会福祉法人〇〇会

代表者氏名 理事長 長寿 太郎

※実印

令和元年7月●●日付け宮城県（長政）指令第▲▲▲号で交付決定の通知がありました令和元年度介護職員勤務環境改善支援事業補助金について、下記のとおり事業を~~中止(廃止)~~したいので承認されるよう関係書類を添えて申請します。

記

- ~~中止(廃止)~~の内容
リフトの試用導入を見合わせるもの
- ~~中止(廃止)~~の理由
試用導入に当たり、機種・対象者の選定を進めていたところ、対象者が死亡し、対象者が当施設に不在となり事業継続が困難となったため
- 添付書類
~~中止(廃止)~~の理由を証する書類等

様式第4号

令和元年度介護職員勤務環境改善支援事業補助金
消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

番 号
年 月 日

宮城県知事 ○ ○ ○ ○ 殿

申請者 法人（事業者）本店所在地 仙台市青葉区本町三丁目8番1号
法人（事業者）名 社会福祉法人〇〇会
代表者氏名 理事長 長寿 太郎

※実印

令和 年 月 日付け宮城県（長政）指令第 号で 年度介護職員勤務環境改善支援事業補助金の交付決定の通知のありました介護職員勤務環境改善支援事業に係る消費税及び地方消費税仕入控除税額について、下記のとおり報告します。

記

- 補助金等交付規則（昭和51年宮城県規則第36号）第13条に基づく額の確定額
金 _____ 円
- 消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税仕入控除税額（要補助金返還相当額）
金 _____ 円

（注）別添参考となる書類（2の金額の積算の内訳、消費税及び地方消費税申告等）

令和元年度介護職員勤務環境改善支援事業補助金
実績報告書番 号
年 月 日

宮城県知事 村 井 嘉 浩 殿

申請者 法人（事業者）本店所在地 仙台市青葉区本町三丁目8番1号
法人（事業者）名 社会福祉法人〇〇会
代表者氏名 理事長 長寿 太郎

※実印

令和元年7月●●日付け宮城県（長政）指令第■■■号で交付決定の通知があり、令和元年1月●●日付け宮城県（長政）指令第×××号で変更交付決定がありました令和元年度介護職員勤務環境改善支援事業補助金について、下記のとおり実施しましたので、補助金等交付規則第12条の規定により関係書類を添えて報告します。

記

- 1 事業実績報告書（様式第5号別紙（1））
- 2 所要額精算調書（様式第5号別紙（2））
- 3 補助事業に係る歳入歳出決算書（見込書）の抄本
- 4 機器等に関する見積書、契約書、納品書及び請求書
- 5 機器等及びコンサルティング業務に関する費用の支払いがわかるもの
- 6 事業執行状況写真（コンサルティング、リフト機器、試用の様子など）
- 7 その他知事が必要と認める書類

年度途中で変更交付決定を受けている場合には、下線部の記述を追加する。

【1】記入例：コンサル経費・リフト経費でそれぞれ上限額の範囲内の場合

様式第5号別紙（1）

事業実績報告書
（介護職員勤務環境改善支援事業）

法人（事業者）名： 社会福祉法人〇〇会

施設名： 特別養護老人ホーム■■■

担当者名： 宮城 一郎

連絡先電話番号： 022-456-789

実際にかかった経費を記入してください。

1 経費内訳

経費区分	対象経費の 支出（予定）額 （単位：円）	積算内訳
コンサルティング業務 経費	150,500	コンサルティング業務委託経費 （外部OT 1人分） 150,500円
リフト経費	600,000	①試用台数 3台 ②試用期間 R1.10.1～R2.3.31（6か月間） ③試用場面 ベッド⇄車椅子等の移乗 ・ 200,000円×3台
合計	750,500	
所要額	750,000	

注1 所要額欄には「対象経費の支出（予定）額の合計」欄の金額から千円未満の端数を切り捨てた額を計上すること。

注2 積算内訳は、別表記載の補助対象経費を参考に記載すること。

2 事業実施内容
 (1) コンサルティング業務

コンサルティング業務を行った専門職員	氏名	所属等	契約（委託・報酬）の別
	仙台 次郎	〇〇病院	委託・報酬・その他
実施内容	月日・回数等	内容詳細	
	〇月〇日	事前打合せ 施設内アセスメント	
	〇月〇日	施設内アセスメント 機種等提案 対象者選定開始	
	〇月〇日	機種・対象相談 意見交換会（現場職員含む），アンケート調査	
	〇月〇日	実機比較検討（実機貸出，職員操作（自由））	
	〇月〇日	機種・対象選定，決定	
	11月1日～	施設内研修（〇回に分けて開催） 試用開始（研修修了者から）	
	11月1日～1月31日	1月日は週1回，2～3月日は隔週1回 使用状況・方法チェック，指導 意見交換	
	11月20日	〇〇のため，対象者の追加・変更を検討。	
	〇月〇日～	試用結果のまとめ，アンケート調査	
	〇月〇日	本格導入に関する検討	
〇月〇日	報告会・意見交換会出席（宮城県）		

(2) 試用導入機器

No.	リフト機器 名称・種類	テイルト・リ クライニング 車椅子 名称・種類	スリングシー ト（吊り具） 名称・種類	使用場面	リフト レンタル 期間
	〇〇	●●	○●	ベッド⇄ 車椅子	R1. 10. 1 ～ R2. 3. 31
	〇〇	●●	○●	ベッド⇄ 車椅子	R1. 10. 1 ～ R2. 3. 31
	□□		□■	ベッド⇄ 車椅子	R1. 10. 1 ～ R2. 3. 31

(3) 実施結果

① 機器使用状況・頻度

--

② 実感した主な効果

--

③ 課題等

--

④ 今後の導入予定

--

様式第5号別紙(2)

所要額精算調書

1 支出

事業名	総事業費 (A)	寄付金その他の収入額 (B)	差引額 (A-B) (C)	対象経費の支出(予定)額 (D)	基準額 (E)	補助所要額 (F)	備考
介護職員勤務環境改善支援事業	750,500	0	750,500	750,000	888,000	750,000	
合計	750,500	0	750,500	750,000	888,000	750,000	

(注) F欄には、C欄の金額、D欄の金額、E欄の金額を比較して最も少ない額を記入すること。
(千円未満切り捨て)

基準額は、導入台数に応じた補助金の上限額となります。

2 収入

区分	収入見込額	備考
介護職員勤務環境改善支援事業補助金	750,000円	
事業者負担額	500円	手出しの額を記入してください。
その他補助金	0円	
寄付金その他の収入	0円	
合計	750,500円	

「1支出」と「2収入」の各色枠の金額が一致するように作成してください。

【2】特殊な記入例：リフト経費で1台当たり上限額を上回るリフトがある場合

様式第5号別紙(1)

事業実績報告書
(介護職員勤務環境改善支援事業)

法人(事業者)名： 社会福祉法人〇〇会

施設名： 特別養護老人ホーム■■■

担当者名： 宮城 一郎

連絡先電話番号： 022-456-789

実際にかかった経費を記入してください。

1 経費内訳

経費区分	対象経費の 支出(予定)額 (単位：円)	積算内訳
コンサルティング業務 経費	150,500	コンサルティング業務委託経費 (外部OT 1人分) 150,500円
リフト経費	740,000	①試用台数 3台 ②試用期間 R1.10.1~R2.3.31(6か月間) ③試用場面 ベッド⇄車椅子等の移乗 Aリフト 220,000円×2台 Bリフト 300,000円×1台 ※スリング等含む ※寄付金50,000円
合計	890,500 (840,500)	
所要額	819,000	

リフト経費のうち、1台分だけが上限額を上回り、残り2台が上限額の範囲内である場合を例にします。(かつ、寄附金あり。)

この場合に、実支出額と、経費合計額(寄附金分を除いたもの)が異なりますので、上段に実支出額を、下段に経費合計額を記入してください。

注1 所要額欄には「対象経費の支出(予定)額」を切り捨てた額を計上すること

注2 積算内訳は、別表記載の補助対象経費

補助金の所要額となります。実支出額のうち、経費ごとに上限額と比較して、補助金額の合計額を記入します。(千円未満切り捨て)

【コンサル経費】150,000円<上限201,000円

【リフト経費】

A経費 220,000円<上限229,000円

B経費 300,000円>上限229,000円

220,000円×2台+229,000円×1台

=669,000円

所要額精算調書

1 支出

事業名	総事業費 (A)	寄付金その他の収入額 (B)	差引額 (A-B) (C)	対象経費の支出(予定)額 (D)	基準額 (E)	補助所要額 (F)	備考
介護職員勤務環境改善支援事業	890,500	50,000	840,500	819,000	888,000	819,000	
合計	890,500	50,000	840,500	819,000	888,000	819,000	

(注) F欄には、C欄の金額、D欄の金額、E欄の金額を比較して最も少ない額を記入すること。
(千円未満切り捨て)

基準額は、導入台数に応じた補助金の上限額となります。

2 収入

区分	収入見込額	備考
介護職員勤務環境改善支援事業補助金	819,000円	
事業者負担額	21,500円	手出しの額を記入してください。
その他補助金	0円	
寄付金その他の収入	50,000円	
合計	890,500円	

「1支出」と「2収入」の各色枠の金額が一致するように作成してください。

(参考様式)

歳入歳出予算・決算(見込)書抄本

歳入

科目	予算額	備考
介護職員勤務環境改善支援事業 費補助金(宮城県)	819,000円	
寄附金	50,000円	●●寄附金
一般財源 借入金	21,500円 0円	事業者負担分
合計	890,500円	

歳出

科目	予算額	備考
使用料・賃借料	560,000円	リフトレンタル経費
備品購入費	180,000円	スリングシート購入費
委託費	150,500円	コンサルティング業務経費 (●●法人)
合計	890,500円	

この写しは、原本に相違ないことを証明します。

リフト事業の総額に係る「歳入」と「歳出」の金額が一致するように作成してください。

令和2年3月31日

法人(事業者)名 社会福祉法人〇〇会

代表者氏名 理事長 長寿 太郎

※実印