

実績報告書作成方法

1 提出書類

- (1) 実績報告書（別記様式第3号）
- (2) 宮城県介護職員処遇改善支援補助金実績報告書（別紙3-1, 3-2）
- (3) その他（必要に応じてご案内します。）

【注意】

- ・事業所ごとに交付決定を受けている事業者様は、交付決定ごとに実績報告が必要です。
- ・介護職員処遇改善加算等（特定加算，ベースアップ等加算を含む）とは別の制度です。
- ・介護保険サービスのみ記載ください。（※障害福祉サービスについては別の補助金になります。）

2 作成の流れ（以下の順番で入力してください。）

○基本情報入力シート → 別紙3-2 → 別紙3-1 → 実績報告書（別記様式第3号）
 ※入力の際は、絶対に数式を変更しないでください。

2-1 基本情報入力シートについて

- (1) ここに記載した情報（黄色セル）が、別紙3-2へ転記されます。
- (2) 「3 補助金対象事業所に関する情報」に記載する事業所は、計画書の事業所と一致させてください。

宮城県介護職員処遇改善支援補助金 実績報告書 作成用 基本情報入力シート
【注意】本シートは様式作成用のため、提出は不要です。

●次の情報を本シートの黄色セルに入力することで、各様式に自動的に転記されます。

- ・提出先に関する情報
- ・基本情報
- ・補助金対象事業所に関する情報

【凡例】(本シート)
 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。

補助金の取得に必要な情報 入力セル

1 提出先に関する情報
 処遇改善支援補助金の届出に係る提出先の名称を入力してください。

| | |
|-----|--|
| 提出先 | |
|-----|--|

2 基本情報
 ⇒下表に必要な事項を入力してください。

| | | |
|---------|----------------|--|
| 法人名 | フリガナ | |
| | 名称 | |
| 法人住所 | 〒 | |
| | 住所1(番地・住居番号まで) | |
| | 住所2(建物名等) | |
| 法人代表者 | 職名 | |
| | 氏名 | |
| 書類作成担当者 | フリガナ | |
| | 氏名 | |
| 連絡先 | 電話番号 | |
| | FAX番号 | |
| | e-mail | |

3 補助金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。

| 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 | | サービス名 |
|------|-----------|-------|---------|------|-------|
| | | | 都道府県 | 市区町村 | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |

必ず、計画書に記載した事業所と一致させてください。

2-2 「別紙3-2」について

事業所ごとに、算定する処遇改善加算の区分、介護職員処遇改善支援補助金の総額、賃金改善実施期間に補助金により賃金改善を行った介護職員等の賃金の総額（介護職員とその他職種に分ける）、介護職員の賃金改善額及び賃金改善額のうち、ベースアップ等による賃金改善額（介護職員、その他職種に分ける）を入力してください。（黄色セルのみ記入してください。）

| 補助金別紙様式3-2 | | 宮城県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) | | | | | | | | | | |
|---|------|----------------------------------|------|------|-------|---|------------------------|-----------|---|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| 法人名 | | | | | | | | | | | | |
| 2① 介護職員処遇改善支援補助金の総額(h) | | | | | | | | | | | [円] | |
| 2② i) 賃金改善実施期間に相当する期間の介護職員等の賃金の総額 (h)-(g) | | | | | | | | | | | | |
| <small>※本表に記載する事業所は、処遇改善支援補助金計画書の(参考)別紙様式2-2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。</small> | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | 指定権者 | 事業所の所在地 | | 事業所名 | サービス名 | 算定する介護職員処遇改善加算の区分 (I~IIIを算定しない事業所は補助金を取得できません) | 介護職員処遇改善支援補助金の総額[円](h) | | ② i) 賃金改善実施期間に補助金により賃金改善を行った介護職員等の賃金の総額 | | | |
| | | 都道府県 | 市区町村 | | | | 介護職員(i) | その他の職種(j) | (f-1) ③ i) 介護職員の賃金改善額 [円] | (f-2) 左記のうち、ベースアップ等による賃金改善額 [円] | (g-1) ③ ii) その他職種の賃金改善額 [円] | (g-2) 左記のうち、ベースアップ等による賃金改善額 [円] |
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | |

同一事業所番号で複数のサービスを実施している場合は、1行目に一括で記載し、残りの行は空欄で構いません。

実際に支払った賃金総額です。
 ※補助金の賃金改善実施期間の実績を記入。本体施設との按分が難しい場合は、一括計上も可能ですが、その際は、「上記○行目に含む。(○は一番左の行番号)」と記載ください。

事業所ごとの賃金改善額です。(令和3年の賃金改善実施期間に相当する期間の賃金総額との差額です。)
 ※補助金の賃金改善実施期間の実績を記入。本体施設との按分が難しい場合は、一括計上も可能ですが、その際は、「上記○行目に含む。(○は一番左の行番号)」と記載ください。

2-3 「別紙3-1」について

以下の内容についてのみ記載ください。

(それ以外は基本情報入力シートと別紙3-2から転記または自動計算されます。)

- ・ 令和3年度における賃金改善実施期間に相当する期間の介護職員等の賃金の総額【基準額】
- ・ 補助金による賃金改善実施期間
- ・ 提出年月日，法人名，代表者職名，氏名

宮城県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 | |
| 法人名 | |
| 法人所在地 | 〒 |
| フリガナ | |
| 書類作成担当者 | |

| | | | |
|------|--|--------|--|
| 連 | | E-mail | |
| 2 実績 | | | |
| ※本様 | | | |
| い。 | | | |
| I 補 | | | |
| II 賃 | | | |

【注意】(A) + (B) = (C) となることを確認してください。
 ※ならない場合は、(D) または (E) に入力されている数字に誤りがありますので、修正してください。
 ※また、(E) については、原則は計画書記載の数値ですが、職員構成等が変わった等の事由により修正することが可能です。

| | | | |
|---|-----|---|------|
| ①介護職 | | 円 | 要件 I |
| ②賃金改善所要額(i-ii) (右欄の額は①欄の額以上であること) | (C) | 円 | <- |
| i) 賃金改善実施期間(④)に補助金により賃金改善を行った介護職員等の賃金の総額((i)+(j)) | (D) | 円 | |
| ii) 令和3年における賃金改善実施期間に相当する期間の介護職員等の賃金の総額【基準額】 | (E) | 円 | |

| | | | | | | | | | |
|--------------------|----------------------|-----|---|----------|---|----|---|--|-------|
| ③ベースアップ等による賃金改善の総額 | | (A) | 円 | | | | | | 要件 II |
| i) 介護職員の賃金改善額 | (うち、ベースアップ等による賃金改善額) | 0 | 円 | (0.00) | % | <- | X | | |
| | (一月あたり) | 0 | 円 | | | | | | |
| ii) その他の職員の賃金改善額 | (うち、ベースアップ等による賃金改善額) | 0 | 円 | (0.00) | % | <- | X | | |
| | (一月あたり) | 0 | 円 | | | | | | |

要件 I と要件 II が「0」でない場合、賃金改善要件を満たしていません。
 ※なお、当該補助金要件について、宮城県外の都道府県にある事業所を含めて計画書を作成している場合は、それらを含めて要件適否の判断をします。

| | | | | |
|------------------|------|--|---|---|
| ④ 補助金による賃金改善実施期間 | 令和4年 | | 月 | ～ |
|------------------|------|--|---|---|

※② i) 「賃金改善実施期間(④)に補助金により賃金改善を行った介護職員等の賃金の総額」には、補助金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。
 ※② ii) 「令和3年における賃金改善実施期間に相当する期間の介護職員等の賃金の総額」【基準額】には、-1の2② ii)の額を記載すること。この【基準額】については、職員構成が変わった等の事由により修正する。
 ※② i) 及び② ii) には、処遇改善加算及び特定加算を取得し実施される賃金の改善額を含む額を記載すること。

※給与明細や勤務記録等、実績報告の根拠となる資料は、指定権者からの求めがあった場合に速やかに提出保管しておくこと。
 ※補助金の請求に関して虚偽や不正があった場合は、支払われた補助金を返還することとなる場合がある。

実績報告書の記載内容に虚偽がないことを証明するとともに、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 | 年 | | 月 | | 日 | 法人名 | |
| | | | | | | 代表者 | 職名 |
| | | | | | | | 氏名 |

3 実績報告書（別記様式第3号）について

別記様式第3号（第13関係）

番
(元号) 年 月 日 号

宮城県知事 ○○○○ 殿

交付決定の年月日及び指令番号について、変更交付決定を受けている場合は、最新の変更交付決定のものを記載してください。

(申請者)
所在地
法人名
代表者職氏名

宮城県介護職員処遇改善支援補助金実績報告書

(元号) 年 月 日付け宮城県(○○)指令第 号で交付決定通知を受けた宮城県介護職員処遇改善支援補助金事業について、下記のとおり実施しましたので、補助金等交付規則(昭和51年宮城県規則第36号)第12条第1項の規定により、関係書類を添えて報告します。

記

| | | | | |
|---|--------|---|--|---|
| 1 | 精算額 | 金 | | 円 |
| 2 | 実績報告の概 | | | |
| | (添付書類) | | | |
| 1 | 宮城県介護職 | | | |
| 2 | 宮城県介護職 | | | |
| 3 | その他 | | | |

- ・別紙3-2の「①介護職員処遇改善支援補助金の総額「円」(h)」における宮城県に所在する事業所についての合計です。
- ・宮城県国民健康保険団体連合会または宮城県から交付された補助金額を記載すること。(宮城県内の事業所に係る部分)
- ・令和4年12月10日までに請求した分で交付対象月における介護報酬の月遅れ請求等があった場合は、その内容を反映した額となります。

【注意】額の確定通知等の重要な書類の送付先として使用します。記載誤りにご注意ください。

| | |
|---------|--|
| 担当者職氏名 | |
| 電話番号 | |
| E-mail | |
| 郵送先郵便番号 | |
| 郵送先住所 | |