

福岡県介護職員処遇改善支援補助金交付要綱

(通則)

第1条 福岡県介護職員処遇改善支援補助金（以下「補助金」という。）については、予算の範囲内において交付するものとし、福岡県補助金等交付規則（昭和33年福岡県規則第5号）の規定によるほか、この交付要綱の定めるところによる。

(交付の目的)

第2条 この補助金は、令和6年2月から5月までの間、福岡県内の介護サービス事業所又は介護保険施設（介護予防・日常生活支援総合事業（指定サービス）を含む。以下「事業所」という。）に勤務する介護職員の収入を引き上げる措置を実施することにより、介護職員の処遇を改善することを目的とする。

(交付対象者)

第3条 この補助金は、令和6年2月から5月までの各月において、介護職員等ベースアップ等支援加算（以下「ベースアップ等加算」という。）を算定している事業所を運営する者（以下「事業者」という。）を交付対象とする。

ただし、ベースアップ等加算の算定に必要な準備・届出等が間に合わない場合に限り、令和6年2・3月はベースアップ等加算を算定していなくてもよいものとし、令和6年4月からベースアップ等加算を算定していれば、本事業の対象とする。また、令和5年度介護職員処遇改善支援補助金実施要綱（以下「実施要綱」という。）7（1）の計画書の提出時点で令和6年5月までに廃止・休止となることが明らかになっている事業所等は、本事業の対象外とする。

なお、令和6年3月末で経過措置期間の期限が到来する介護療養型医療施設については、令和6年4月以降、介護老人保健施設、介護医療院その他の本事業の対象サービスへの移行が決まっている場合に限り、本事業の対象とする。

介護予防・日常生活支援総合事業については、旧介護予防訪問介護等に相当するサービス（市町村（特別区を含む。）が定める基準であって、介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第140条の63の6第1号に定める基準に該当する基準に基づき実施されるサービス）に加え、サービスA（市町村が定める基準であって、介護保険法施行規則第140条の63の6第2号に定める基準に該当する基準に基づき実施されるサービス）のうち、市町村においてベースアップ等加算に相当する加算が設けられている場合においても、当該加算を算定している場合に限り、本事業の対象とする。

(交付対象の事業内容)

第4条 この補助金の交付の対象となる事業は、事業者が行う介護職員等（第2条の目的を踏まえた上で、介護職員以外の職員を賃金改善の対象としている事業所については、介護職員以外の職員を含む。以下同じ。）の賃金を改善する事業（以下「補助事業」という。）とし、当該賃金改善を行うために必要な次のアからカに要する給料、職員手当等、共済費及び賃金を補助する。

- ア 基本給の増額
 - イ 決まって毎月支払われる手当の新設又は増額
 - ウ その他の手当の新設又は増額
 - エ 賞与の新設又は増額
 - オ その他ア～エ以外の項目で、介護職員等に対して処遇改善のために支払われる一時金等
 - カ 法定福利費等の事業主負担（ア～オにより増加した分のみ）
- 2 補助金の交付の対象となる事業の実施期間は、令和6年2月から同年5月までとする。ただし、介護報酬の月遅れ請求等があった場合、当該請求に係る補助額の支給については、最大2か月間対応することとする。

（交付額の算定方法）

第5条 この補助金の交付額は、実施要綱5の規定により算出された額とする。

（賃金改善の要件）

第6条 事業者が補助事業を実施するに当たっては、実施要綱6に定める要件をすべて満たさなければならない。

（交付の除外要件）

第7条 交付の申請をしようとする事業者が次の各号のいずれかに該当する場合は、交付の決定を行わないものとする。

- (1) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号。以下「法」という。）第2条第2号に規定する暴力団
- (2) 法第2条第6号に規定する暴力団員が役員となっている団体
- (3) 暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者が役員となっている団体
- (4) 次に掲げる暴力団又は暴力団員と密接な関係を有する団体
 - ア 暴力団員が事業主又は役員に就任している団体
 - イ 暴力団員が実質的に運営している団体
 - ウ 暴力団員であることを知りながら、その者を雇用し、又は使用している団体
 - エ 契約の相手方が暴力団員であることを知りながら、その者と商取引に係る契約を締結している団体
 - オ 暴力団又は暴力団員に対して経済上の利益又は便宜を供与している団体
 - カ 暴力団又は暴力団員と社会的に非難される関係を有している団体

（交付の条件）

第8条 この補助金の交付の決定については、次の条件を付すものとする。

- (1) 補助事業が予定の期間内に完了しない場合又は補助事業の遂行が困難となった場合には、速やかに知事に報告し、その指示を受けなければならない。
- (2) 補助金と補助事業に係る証拠書類の管理については、補助事業に係る収入及び

支出を明らかにした調書を作成するとともに、補助事業に係る計画、収入及び支出についての証拠書類を整理し、かつ、当該調書及び証拠書類を補助事業が完了する日（補助事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、その承認を受けた日）の属する年度の終了後5年間保管し、知事から求めがあった場合には、速やかに提出しなければならない。

(3) 事業者は、この補助金の交付と対象経費を重複して、他の法律又は予算制度に基づく国及び県の負担又は補助を受けてはならない。

(計画書の提出)

第9条 補助事業を実施する事業者は、実施要綱7(1)の規定に基づき、介護職員処遇改善計画書(様式2-1(補助金)及び様式2-2(補助金)、以下「計画書」という。)及び様式2-3を作成し、別に指示する期日までに提出しなければならない。

2 前項において、別に指示する期日後に新たに開設する事業所については、同項中「別に指示する期日までに」を「速やかに」に読み替えるものとする。

3 事業者は、計画書に変更(実施要綱7(4)に定める場合に限る。)があった場合、実施要綱7(4)の規定に基づき、計画書の変更を届け出なければならない。

(申請手続)

第10条 事業者が補助金の交付を受けようとするときは、前条に規定する計画書を提出した上で、様式2-4により知事に申請しなければならない。

2 前項の申請については、事業者が計画書に記載した賃金改善実施期間において提供した介護サービスのうち、令和6年4月サービス分以後の最初の介護報酬の請求を福岡県国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)に行うことにより、様式2-4の提出に代えることができる。

(交付決定の通知)

第11条 知事は、前条の規定による申請があった場合において、その内容を審査し、適当と認めるときは、速やかに交付決定を行い、事業者に通知するものとする。

2 前項の通知については、国保連が補助金の支払額通知書を事業者に送付することにより、これに代えることができるものとする。

(交付決定の取消)

第12条 知事は、事業者が第7条に規定する団体であることが判明した場合又は第8条に規定する条件に違反した場合、不正の手段により補助金の交付決定を受けた場合は、補助金の交付決定の全部又は一部を取り消すものとする。

(実績報告)

第13条 事業者は、補助事業が完了したとき、その日から起算して1月を経過した日(補助事業

の中止又は廃止の承認を受けた場合には、当該承認通知を受領した日から1月を経過した日)又は別に指示する期日のいずれか早い日までに、実施要綱7(2)の規定に基づき、介護職員処遇改善実績報告書(様式3-1(補助金)及び様式3-2(補助金)、以下「実績報告書」という。)を作成し、知事に提出しなければならない。

(補助金の額の確定)

第14条 知事は、前条の規定により実績報告書の提出を受けた場合において、その内容を審査し、適当であると認めたときは、交付すべき補助金の額を確定するものとする。

(特別事情届出書)

第15条 事業者は、職員の賃金水準を引き下げた上で賃金改善を行う場合、実施要綱7(5)の規定に基づき、様式4を知事に提出しなければならない。

(事業変更の承認)

第16条 事業者は、補助事業の内容の変更(事業に要する経費の減額の場合を除く。)をしようとするときは、様式5により知事に申請し、その承認を受けなければならない。

2 前項の申請については、事業者が計画書に記載した賃金改善実施期間において提供した介護サービスのうち、令和6年4月サービス分以後の2回目以後の介護報酬の請求を国保連に行うことにより、様式5の提出に代えることができる。

3 知事は、第1項の承認をする場合は、必要に応じ、交付決定の内容を変更し、又は条件を付することができる。なお、承認の通知については、国保連が第1項の申請に係る補助金の支払額通知書を事業者に送付することにより、これに代えることができるものとする。

(事業の中止又は廃止)

第17条 事業者は、補助事業の中止、又は廃止をしようとするときは、あらかじめ様式6により知事に申請し、その承認を受けなければならない。

(概算払の請求)

第18条 事業者が補助金の概算払を受けようとするときは、知事に請求しなければならない。

2 前項の請求については、事業者が計画書に記載した賃金改善実施期間において提供した介護サービスのうち、令和6年4月サービス分以後の各月の介護報酬の請求を国保連に行う毎に、当該請求のあった介護報酬の額に基づき第5条に規定する方法により算定された補助金額について、概算払の請求がなされたものとみなす。なお、令和6年2月及び同年3月請求分の介護報酬額に基づき算定された補助金額については、令和6年4月サービス分の介護報酬の請求時に概算払の請求がなされたものとみなす。

3 知事は、第1項の規定による請求があった場合において、その内容を審査し、適当と認めるときは補助金の全部又は一部について概算払をするものとする。

(その他)

第 19 条 特別の事情により第 10 条、第 13 条、第 16 条、第 17 条に定める手続によることができない場合には、あらかじめ、知事の承認を受けてその定めるところによるものとする。

附 則

この要綱は、令和 6 年 2 月 2 2 日から施行する。

令和6年2月からの介護職員処遇改善支援補助金
処遇改善計画書

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					
連絡先	電話番号		FAX番号		E-mail

2 賃金改善計画について

①介護職員処遇改善支援補助金の見込額(令和6年2~5月分)		0	円	
②賃金改善の見込額(令和6年2~5月分)(右欄の額は①欄の額以上となること)			円	
③基本給等による賃金改善の見込額(令和6年4・5月分)				
i)介護職員処遇改善支援補助金の見込額(令和6年4・5月分)	0	円	(0.00) %	
ii)賃金改善の見込額(令和6年4・5月分)	0	円		
iii)うち、基本給等による賃金改善の見込額(令和6年4・5月分) (右側の額はi欄の額の2/3以上となること)	0	円		
介護職員の賃金改善の見込額(参考)		円		
うち、基本給等による改善の見込額		円	(0.00) %	
(一月あたり)	0	円		
その他の職員の賃金改善の見込額(参考)		円		
うち、基本給等による改善の見込額		円	(0.00) %	
(一月あたり)	0	円		

【記入上の注意】

- ・ 本計画に記載された金額は見込額であり、提出後の運営状況(利用者数等)、人員配置状況(職員数等)その他の事由により変動があり得る。
- ・ 本様式では下記の要件を確認しており、オレンジセルが「○」でない場合、補助金の交付要件を満たしていない。
I 補助金による賃金改善の見込額が補助金による収入額(補助金の見込額)以上となること
II 令和6年4・5月分の補助金額の3分の2以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げに充てる計画になっていること
- ・ ②「賃金改善の見込額」には、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ることができる。

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

2の賃金改善を行うに当たり、処遇改善支援補助金による賃金改善以外の部分で賃金水準を引き下げないことを下欄へのチェック(✓)により誓約すること。

<input type="checkbox"/>	処遇改善支援補助金による賃金改善以外の部分で賃金水準を引き下げません。
--------------------------	-------------------------------------

【記入上の注意】

- ・ 「処遇改善支援補助金による賃金改善以外の部分で賃金水準を引き下げない」とは、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」と②「令和5年2月から5月の賃金総額」を比較し、①が②以上であることをいう。実績報告書では、これらの賃金額の具体的な記載を求めするため、詳細な考え方は、様式3-1(実績報告書)3を参照すること。
- ・ サービス利用者数の大幅な減少等の影響により、結果として加算以外の部分で賃金下がった場合には、その事情を様式4「特別な事情に係る届出書」により届け出ることで算定要件を満たすこととする。
- ・ ただし、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、それらの影響を除くため、②「令和5年2月から5月の賃金総額」の額を調整しても差し支えないこととする。

4 介護職員処遇改善支援補助金により賃金改善を行う賃金項目及び方法

×

①賃金改善を行う給与の種類	ベースアップ等 (必ず選択)		基本給		決まって毎月支払われる 手当(新設)		決まって毎月支払われる手当 (既存の手当の増額)		
	上記以外 (必ず選択)		手当(新設)		手当(既存の 増額)	賞与	該当なし(全て基 本給等)	その他	()
②具体的 な取組内 容	(当該事業所における賃金改善の内容の根拠となる規則・規程)								
		就業規則の見直し		賃金規程の見直し		その他	()		
	(賃金改善に関する規定内容) ※上記の根拠規程のうち、賃金改善に関する部分を抜き出すこと。								
③ベース アップの実 施予定		実施する	実施しない場合、 やむを得ない事情						
		実施しない							

5 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
令和6年2月分から賃金改善を実施しています。	—
令和6年2月分から5月分のベースアップ等加算を算定する又は4月分以降算定を行う予定です。	都道府県・市町村への体制届出
補助金相当額を適切に配分するための賃金改善ルールを定めました。	就業規則、賃金規程
補助金として給付される額は、職員の賃金改善のために全額支出します。	給与明細
補助金の対象となる職員の勤務体制を確認しました。	勤務体制表
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
職員への賃金改善を行う時期については、従来の処遇改善加算の支払時期と揃えることが望ましいことについて、確認しました。	—
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

×

令和6年2月からの介護職員処遇改善支援補助金の支払に係る福岡県国民健康保険団体連合会から福岡県への支払口座情報の提供に同意します。(介護給付費等の債権譲渡を行っている事業所がある場合は、別途、県から支払口座情報の照会を行います。)

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。

令和 6 年 [] 月 [] 日

法人名 []
代表者 職名 [] 氏名 []

【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。

(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。

基本情報入力シートについて	
提出先の都道府県に所在する事業所・施設についてのみ記載している	○
2 賃金改善計画について	
② 賃金改善の見込額が介護職員処遇改善支援補助金の見込額以上となっている	×
③ 基本給等による賃金改善の見込額(令和6年4・5月分)が補助金の見込額(令和6年4・5月分)の2/3以上となっている	×
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	
処遇改善支援補助金による賃金改善以外の部分で賃金水準を引き下げないことの誓約を行っている	○
4 介護職員処遇改善支援補助金により賃金改善を行う賃金項目及び方法	
「賃金改善を行う賃金項目及び方法」について、チェック(✓)が入っていない項目か、空欄の項目がない	×
5 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	×

様式2-2(補助金)

介護職員処遇改善支援補助金計画書(施設・事業所別個表)

提出先 福岡県

法人名	0
介護職員処遇改善支援補助金額(見込額)の合計[円](e)	0
うち、令和6年4・5月分の補助金額(見込額)の合計[円](f)	0

【記入上の注意】

- ・処遇改善支援補助金計画書は、提出先の都道府県内に所在する事業所・施設であれば法人一括での作成が可能であり、全体で補助金額以上となる賃金改善等の要件を満たしていれば足りること。
- ・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。
- ・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に、事業所ごとに振り込まれる。
- ※介護報酬ファクタリング等のサービスを利用し、介護給付費等の債権譲渡を行っている事業所がある場合は、別途、県から振込口座の照会を行う。

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	ベースアップ等加算の算定有無(令和6年4月から算定見込みである場合を含む)	一月あたり介護報酬総単位数[単位](a)	1単位あたりの単価[円](b)	交付率(c)	交付対象期間(d)		介護職員処遇改善支援補助金の見込額(e) (a×b×c×d) [円]	うち、令和6年4・5月分の補助金の見込額(f)(e×1/2) [円]
			都道府県	市区町村										
1							—	10.00			令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			
2							—	10.00			令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			
3							—	10.00			令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			
4							—	10.00			令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			
5							—	10.00			令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			
6							—	10.00			令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			
7							—	10.00			令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			
8							—	10.00			令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			
9							—	10.00			令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			
10							—	10.00			令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			
11							—	10.00			令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			
12							—	10.00			令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			
13							—	10.00			令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			
14							—	10.00			令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			
15							—	10.00			令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			
16							—	10.00			令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			

役員一覽

令和 6 年 月 日

福岡県知事 殿

(法人情報)

所在地

名称

代表者氏名

役職名	姓 <small>ナ</small> (半角ナ)	名 <small>ナ</small> (半角ナ)	姓	名	生年月日			性別 男性:M 女性:F
					元号 大正:T 昭和:S 平成:H 令和:R	年	月	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								

※ 役員全員（理事長、理事、監事、評議員等）を記載すること。

様式 2 - 4 (第 10 条関係)

番 号
年 月 日

福岡県知事 殿

所 在 地
事業者名
代表者名
(記名押印又は代表者による署名)

福岡県介護職員処遇改善支援補助金交付申請書

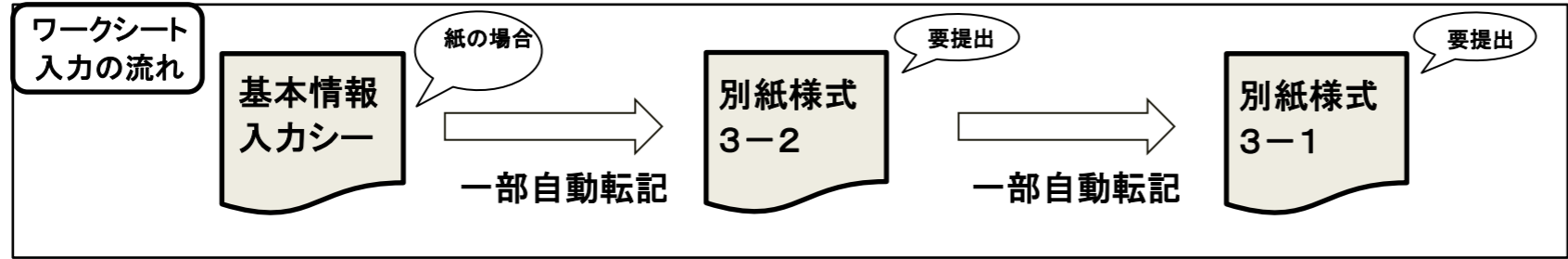
このことについて、福岡県介護職員処遇改善支援補助金交付要綱第 10 条の規定に基づき、下記により補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

記

- 1 法人名 :
所在地 :
- 2 交付申請額 金 円
- 3 その他添付書類

●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、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】本シートは様式作成用のため、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、本シートを削除せずそのまま提出してください。

●「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、具体的な算出方法は問いませんが、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。また、「賃金額」を記入する欄には、基本給、手当、賞与等(退職手当を除く。)を含む金額を記入してください。

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支援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	福岡県
-----	-----

2 基本情報

下表に必要事項を入力してください。記入内容が別紙様式に反映されます。

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	
法人番号		
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 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						○
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						

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

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				
連絡先	電話番号	FAX番号	E-mail	

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)			0	円	
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)				円	←
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)	0	円	(0.00)	%	← ×
ii)賃金改善の所要額(令和6年4・5月分)	0	円			
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) (右側の額はi欄の額の2/3以上となること)	0	円			
介護職員の賃金改善の所要額(参考)		円			
うち、基本給等による改善の所要額		円	(0.00)	%	
(一月あたり)	0	円			
その他の職員の賃金改善の所要額(参考)		円			
うち、基本給等による改善の所要額		円	(0.00)	%	
(一月あたり)	0	円			
④ベースアップの実施	実施した	実施した場合、ベースアップ率	実施していない場合、やむを得ない事情		
	実施していない				

【記入上の注意】

- ・本様式では下記の要件を確認しており、オレンジセルが「○」でない場合、補助金の交付要件を満たしていない。
 I 補助金による賃金改善の総額が補助金による収入額以上となること
 II 令和6年4・5月分の補助金額の3分の2以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げに充てること
- ・②「賃金改善の所要額」には、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ることができる。
- ・「ベースアップ」とは、「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こと」を指す。

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)	#VALUE!	円	←
(ア)令和6年2月から5月の賃金の総額		円	#
(イ)令和6年2月から5月の処遇改善支援補助金の総額		円	
② 令和5年2月から5月の賃金総額		円	←

【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、それらの影響を除くため、②「令和5年2月から5月の賃金総額」の額を調整しても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

--

4 記載内容に虚偽がないこと等の誓約

<input type="checkbox"/>	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	<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
法人名	<input type="text"/>
代表者 職名	<input type="text"/>
氏名	<input type="text"/>

【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。

(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。

基本情報入力シートについて	
提出先の都道府県に所在する事業所・施設についてのみ記載している	○
2 実績報告について	
② 賃金改善の所要額が介護職員処遇改善支援補助金の総額以上となること	
③ 基本給等による賃金改善の所要額(令和6年4・5月分)が補助金額(令和6年4・5月分)の2/3以上となること	×
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	
処遇改善支援補助金による賃金改善以外の部分で賃金水準を引き下げている	##
4 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	×

様式3-2(補助金)

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)

提出先 福岡県

法人名

【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、1枚に記載しきれない場合は、適宜、行を追加すること。

介護職員処遇改善支援補助金額の合計[円]	0
うち、令和6年4・5月分の補助金の合計[円]	0

	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	介護職員処遇改善支援補助金の総額(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							令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)		
2							令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)		
3							令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)		
4							令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)		
5							令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)		
6							令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)		
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)		
15							令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)		
16							令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)		
17							令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)		
18							令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)		
19							令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)		
20							令和 6 年 2 月~令和 6 年 5 月 (4 ヶ月)		

様式 4

特別な事情に係る届出書（令和6年2月からの介護職員処遇改善支援補助金）

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						
連絡先	電話番号		FAX番号		E-mail	

1. 事業の継続を図るために、介護職員等の賃金を引き下げる必要がある状況について

当該法人の収支（介護事業に限る。）について、サービス利用者数の大幅な減少などにより経営が悪化し、一定期間にわたり収支が赤字である、資金繰りに支障が生じるなどの状況について記載

--

2. 賃金水準の引下げの内容

--

3. 経営及び賃金水準の改善の見込み

--

※ 経営及び賃金水準の改善に係る計画等を提出し、代替することも可。

4. 賃金水準を引き下げることに付いて、適切に労使の合意を得ていること等について

労使の合意の時期及び方法等について記載

--

令和 年 月 日

(法人名)

(代表者名)

様式 5 (第 16 条関係)

番 号
年 月 日

福岡県知事 殿

所 在 地
事業者名
代表者名
(記名押印又は代表者による署名)

福岡県介護職員処遇改善支援補助金変更交付申請書

年 月 日付 第 号で交付決定を受けた福岡県介護職員処遇改善支援補助金について、交付決定額の変更を受けたいので福岡県介護職員処遇改善支援補助金交付要綱第 16 条の規定に基づき下記のとおり申請します。

記

1 法人名 :
所在地 :

2 交付申請額 金 円

3 その他添付書類

様式6（第17条関係）

番 号
年 月 日

福岡県知事 殿

所在地
事業者名
代表者名

福岡県介護職員処遇改善支援補助金中止（廃止）承認申請書

年 月 日付 第 号で交付決定を受けた福岡県介護職員処遇改善支援補助金について、事業の中止（廃止）の承認を受けたいので福岡県介護職員処遇改善支援補助金交付要綱第17条の規定に基づき下記のとおり申請します。

記

- 1 法人名：
所在地：
- 2 中止（廃止）の理由
- 3 中止（廃止）の時期