

令和7年度
被害者保護増進等事業費補助金
自動車事故被害者支援体制等整備事業

【在宅療養環境整備事業】
公募申請の手引き

必ずお読みください

- 補助対象期間内に事業を実施且つ支払いを完了している経費が補助対象です。
- 各費目の証拠書類(証憑)が提出できないものについて、補助対象事業として認められません。
- 今回の公募による選定は、補助金の交付を確約するものではありません。選定後、別に本補助金の交付規程に基づく補助金の交付申請手続き等を行っていただきます。
- 同一内容の補助対象経費について、他の自動車事故被害者支援体制等整備事業と重複して申請することはできません。

令和7年9月

自動車事故被害者支援体制等整備事業事務局

はじめに

本手引書は公募申請において、必要書類をご提出いただく際や申請書類の作成にあたり、申請の煩雑さを軽減する目的で作成しております。是非ご活用くださいませ。

目次

・はじめに・目次	2
・必要書類確認書	3
・施設開設時期別 必要書類について	4
・施設開設時期別 必要書類一覧表：新設等支援費	5
・施設開設時期別 必要書類一覧表：継続経費	6
・応募申請書	7
・指定通知書	8
・全部事項証明書	9
・定款	9
・要件としている重度後遺障害者の利用状況が分かる書類	10
・等級確認書類	11
・当該年度の収支予算書	12
・直近の財務諸表	13
・職員名簿	14
・介護給付等の算定に係る体制等状況一覧表	15
・事業計画調書【様式2】	16
・成果効果調書【様式3】	21
・従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表	22
・介護給付費等の算定に係る体制に関する届出書	22
・医師又は看護師若しくは准看護師を置いていることを明らかにした書類等	23
・雇用職員の給与明細書等	24
・賃金改善費：計画書	25
・求人情報発信費：見積書	26
・研修等経費申請書類	27

必要書類確認書(共通)

必要書類確認書には申請に必要な書類が記載されております。
 施設の開設日によってご準備いただく書類が異なるため、必ず必要書類確認書と
 次ページの「必要書類について」を参考に、該当の書類をご提出ください。

申請事業者名：

令和7年度 補助金交付申請必要書類確認書

在宅療養環境整備事業（新設等支援費）

(1) 公募申請時

No.	必 要 書 類	備 考	事業者 チェック欄	事務局チェック欄	
				判定	確認結果/不備内容
1	在宅療養環境整備事業応募申請書	-			
2	応募者の概要【様式1】	申請システムにて自動作成のため、提出不要			
3	指定（更新）通知書	障害者総合支援法に基づく自治体発行の通知書			
4	全部事項証明書若しくは会社定款	-			
5	補助対象となる介護事業所等における自動車事故によって重度の後遺障害を負った重度後遺障害者の利用状況がわかる書類	利用契約書（居宅介護、重度訪問介護契約書等）の写し ※利用開始日、利用者署名、利用期間の明記があるもの			
6	共通 利用している（予定を含む）自動車事故被害者が要件を満たしているか確認出来る書類	・保険会社による自賠責保険の後遺障害等級認定通知書 ・自動車事故対策機構の介護料受給者資格認定通知書 ・裁判判決記録 等 ※要件の確認できるいずれかの書類を提出してください			
7	当該年度の収支予算書	-			
8	直近の財務諸表	前年度がない場合は施設を開設したことが分かる書類			
9	職員名簿	-			
10	介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表その他補助対象となる介護事業所等における介護給付費等の算定に係る体制状況等がわかる書類	自治体に提出している書類など			
11	事業計画調書【様式2】	新設等支援費用「様式2-1」			
12	成果・効果調書【様式3】	-			
13	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表若しくはその他補助対象となる介護事業所等における従業員の常勤換算方式による員数及び当該介護事業所等における人員配置基準を満たすために必要となる従業員の常勤換算方式による員数を明らかにした書類	自治体に提出している書類など			
14	介護給付費等の算定に係る体制に関する届出書	自治体に提出している書類など			
15	人材 雇用 費 医師又は看護師若しくは准看護師を置いていることを明らかにした書類又は社会福祉士及び介護福祉士法施行規則附則第13条第1号の第一号、第二号若しくは第三号研修を修了した従業者又はそれと同等と認められる従業者であることを証する書類	-			
16	雇用職員に係る各月の給与明細書、給与の支払い額又は予定額を明らかにした書類	※支給予定分については、算出根拠をご提出ください(任意様式) ※法定福利費も併せて申請する場合 ・法定福利費の積算内訳がわかる書類（指定様式）			
17	求人 情報 発信 費 見積書（写）	法人単位ではなく申請する施設単位の経費がわかるもの 求人掲載をする場合、掲載開始日および掲載終了日のわかるもの			
18	研修 等経 費 研修等への参加計画書	参加する研修等の概要、参加者、旅行行程、参加に要する旅費及び雑費の積算方法の記載があるもの			
19	研修等開催計画書	開催した研修等の概要、講師派遣への謝金、旅費及び雑費の積算方法の記載があるもの			

※ 共通書類の他、以下のとおり申請される費用によって書類の提出が必要になります。

人材雇用費を申請される場合、No.13～16の書類を添付

求人情報発信費を申請される場合、No.17を添付

研修等経費を申請される場合、No.18～19を添付

国土交通省チェック欄

確認日	
担当者	

施設の開設日によってご提出いただく書類が異なります。
該当するページの必要書類一覧表を確認のうえ、必要書類をご提出ください。

令和7年4月1日以降に開設
新設等支援費
([5ページ](#)へ)

令和7年3月31日以前に開設
継続経費
([6ページ](#)へ)

施設開設時期別 必要書類一覧表:新設等支援費

- ①番号:必要書類確認書に記載されている番号です。
書類を準備する際は、必要書類確認書も併せてご確認ください。
- ②費目:申請する費目名です。
「共通」は申請する費目に関わらず必要な書類です。
- ③書類名:必要書類の名称です。
- ④ページ:本手引書で③の書類の確認事項が記載されているページです。

各ページをご確認のうえ、書類をご準備ください。
(※で別途指示がある場合はその内容に従ってください。)

新設等支援費			
番号 ①	費目 ②	書類名 ③	ページ ④
1	共通	在宅療養環境整備事業応募申請書	7
2		応募者の概要【様式1】	※1
3		指定(更新)通知書 施設の開設日が分かる書類	8
4		全部事項証明書または会社定款	9
5		要件としている重度後遺障害者の利用状況が分かる書類	10
6		自動車事故被害者が要件を満たしているか確認出来る書類	11
7		当該年度の収支予算書	12
8		直近の財務諸表	13
9		職員名簿	14
10		介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表	15
11		事業計画調書【様式2】	16~20
12		成果・効果調書【様式3】	21
13	人材雇用費	従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表	22
14		介護給付費等の算定に係る体制に関する届出書	22
15		医師又は看護師若しくは准看護師を置いていることを明らかにした書類 又は社会福祉士及び介護福祉士法施行規則附則第13条第1号の第一号、第二号若しくは第三号研修を修了した従業者又はそれと同等と認められる従業者であることを証する書類	23
16		雇用職員に係る各月の給与明細、 給与の支払い額又は予定額を明らかにした書類	24
17	求人情報 発信費	見積書(写)	26
18	研修等経費	研修等への参加計画書	27
19		研修等開催計画書	27
20	共通	必要書類確認書	※2

- ※1 登録時に自動生成されるため、提出不要です。
※2 書類提出前の確認用書類のため、提出不要です。

施設開設時期別 必要書類一覧表:継続経費

- ①番号:必要書類確認書に記載されている番号です。
書類を準備する際は、必要書類確認書も併せてご確認ください。
- ②費目:申請する費目名です。
「共通」は申請する費目に関わらず必要な書類です。
- ③書類名:必要書類の名称です。
- ④ページ:本手引書で③の書類の確認事項が記載されているページです。

各ページをご確認のうえ、書類をご準備ください。
(※で別途指示がある場合はその内容に従ってください。)

継続経費			
番号 ①	費目 ②	書類名 ③	ページ ④
1	共通	在宅療養環境整備事業応募申請書	7
2		応募者の概要【様式1】	※1
3		指定(更新)通知書	8
4		全部事項証明書または会社定款	9
5		要件としている重度後遺障害者の利用状況が分かる書類	10
6		自動車事故被害者が要件を満たしているか確認出来る書類	11
7		当該年度の収支予算書	12
8		直近の財務諸表	13
9		職員名簿	14
10		介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表	15
11		事業計画調書【様式2】	16~20
12		成果・効果調書【様式3】	21
13	賃金改善費	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表	22
14		介護給付費等の算定に係る体制に関する届出書	22
15		医師又は看護師若しくは准看護師を置いていることを明らかにした書類 又は社会福祉士及び介護福祉士法施行規則附則第13条第1号の第一号、第二号若しくは第三号研修を修了した従業者又はそれと同等と認められる従業者であることを証する書類	23
16		厚生労働省において実施する提出済みの令和7年度処遇改善計画書	25
17	求人情報 発信費	見積書(写)	26
18	研修等経費	研修等への参加計画書	27
19		研修等開催計画書	27
20	共通	必要書類確認書	※2

- ※1 登録時に自動生成されるため、提出不要です。
※2 書類提出前の確認用書類のため、提出不要です。

01 在宅療養環境整備事業応募申請書

① 提出日の日付をご入力ください。

② 応募者欄に事業者(法人)または事業所(施設)住所、法人名、施設名、代表者の役職・氏名をご入力ください。

①

令和7年 ○月 ○日

株式会社 博報堂プロダクツ 宛て

②

応募者 住所 東京都千代田区・・・
名称 社会福祉法人○○
障害者支援施設□□
理事長 国土 太郎

在宅療養環境整備事業応募申請書

令和7年度被害者保護増進等事業費補助金（在宅療養環境整備事業）の公募について、別紙関係書類を添えて申請します。

添付書類

- (1) 応募者の概要（様式1）※申請システムにて自動作成されます。
- (2) 事業計画調書（新設等支援費（様式2-1）または 継続経費（様式2-2））
- (3) 成果・効果調書（様式3）
- (4) その他応募に関して参考となる書類

03 共通:応募者の概要 自治体発行の指定(更新)通知書

- ①申請内容と事業者名・代表者名・住所が一致している書類をご提出ください。
- ②申請内容と事業所名・所在地・サービスの種類が一致している書類をご提出ください。

様式第2号(第2条関係)

第 年 月 日 号

様

①

印

指 定 通 知 書

介護保険法第79条第1項の規定により、事業者として指定しましたので、下記のとおり通知します。

記

事業所(施設)	名称
	所在地
主たる事務所の所在地	
代表者の氏名及び住所	
指 定 年 月 日	年 月 日
指定の有効期間満了日	年 月 日
サービスの種類	
介護保険事業所番号	

②

04 共通:応募者の概要 全部事項証明書または会社定款

下記2点のいずれかのご提出をお願いいたします。

全部事項証明書

事業者名・代表者名・住所等が合致しており、申請事業者の全部事項証明書と確認できる書類
(履歴事項全部証明書・現在事項全部証明書も可)

会社定款

事業者名・代表者名・住所等が合致しており、申請事業者の定款と確認できる書類

履歴事項全部証明書

□□県□□市□□町□□□□
●●●●●●株式会社
会社法人等番号○◇◇◇-○◇-◇◇◇◇◇◇

番号	株式会社●●●●●●	
	株式会社□□□□□□	令和□□年□□月□□日変更 令和□□年□□月□□日登記
本店	□□県□□市□□町□□□□	
公告をする方法	□□□□□□	
会社成立の年月日	令和□□年□□月□□日	
目的	1.□□□ 2.□□□	
発行可能株式総数	□□□□株	
発行済株式の総数 並びに種類及び数	発行可能株式の総数 □□□株	
資本金の額	金□□□□万円	
株式の譲渡制限に 関する規定	当社の株式を譲渡するには、取締役会の承認を受けなければならない	
役員に関する事項	取締役●●●●●● □□県□□市□□町□□□□ 代表取締役●●●●●●	
登記変更に関する 事項	設立 令和□□年□□月□□日	

これは登記簿に記載されている閉鎖されていない事項の全部であることを証明した書面である。
(●●法務局●●支庁管轄)
令和□□年□□月□□日

●●法務局登記官 ●●●●印

整理番号□□□□□□ *下線のあるものは抹消事項であることを示す。

社会福祉法人○○
定款

第一章 総則

(目的)
第一条 XXXXXXXXXXXXX

第二条 XXXXXXXXXXXXX

05 共通:利用契約書

以下のすべてを満たしている書類をご提出ください。

- ① 利用契約書の写しなど、要件としている重度後遺障害者の利用状況が分かる書類。
- ② 利用開始日、利用者署名、利用期間が明記されている。
- ③ 利用契約書記載の契約日と事業計画調書【様式2】の利用(契約締結)年月日(P11参照)が一致している。

※利用契約書の契約日と事業計画調書【様式2】の利用開始(契約締結)日が異なる場合は、利用開始(契約締結)日が確認できる書類を利用契約書とあわせて提出してください。

※利用開始日確認書類がない場合は、事業計画調書【様式2】の利用(契約締結)年月日に利用契約書記載の契約日を入力してください。

① 利用契約書

以上の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者及び事業者が署名押印の上、各1通ずつ保有するものとします。

②

契約締結日	年 月 日
契約者氏名 事業所 (事業所名) (住所) (代表者名)	印
利用者 (住所) (氏名)	印
代理人又は立会人等 (住所) (氏名) (続柄)	印

※事業計画調書【様式2】

③

(自動車事故による) 重度後遺障害者	事故年月日	利用(契約締結)年月日(予定日)
①		
②		
③		

06 共通:等級確認書類

以下の書類のうち、いずれかの書類を提出してください。

- ・保険会社による自賠責保険の後遺障害等級認定
自動車損害賠償保障法施行令別表第一第2級以上に認定されたと確認できる保険会社発行の書類
(発行元例:東京海上日動火災保険株式会社,三井住友海上火災保険株式会社,損害保険ジャパン日本興亜株式会社等)
- ・自動車事故対策機構の介護料受給者記録 等
(独)自動車事故対策機構(ナスバ)によって介護料を受け取っていることが確認できる書類
例)介護料支払決定通知書、または介護料受給資格認定通知書 等

06 共通:等級確認書類がない場合

等級確認書類がない場合は以下の内容を入力した書類をご提出ください。

- ・「氏名」「フリガナ」
- ・「性別」
- ・「生年月日」
- ・「事故年月日」(不明の場合は不明とご入力ください。)

以下必ずご確認いただきご提出ください。

- ・自賠責保険に請求されていることを利用者もしくは利用者のご家族に確認のうえご提出ください。
- ・利用者もしくは利用者のご家族に情報開示の同意を得ていただきますようお願いいたします。

利用者情報入力書類のフォーマット指定はございません。

例

氏名:山田 太郎
フリガナ:ヤマダ タロウ
性別:男性
生年月日:19XX年X月X日
事故年月日:20YY年Y月Y日

本人の情報開示の同意:済
自賠責保険の請求:有

08 共通:直近の財務諸表

申請事業者の直近の収支が確認できる書類(貸借対照表、損益計算書など)をご提出ください。

損益計算書		(単位:円)	
(自 平成__年__月__日 至 平成__年__月__日)			
科 目	金 額		
売上高			100,000,000
売上原価			50,000,000
売上総利益			50,000,000
販売費及び一般管理費			3,000,000
営業利益			47,000,000
営業外収益			
受取利息	650,000		
受取配当金	470,000		
為替差益	100,000		
その他の	0		
営業外費用			1,220,000

貸借対照表				(単位:円)	
(平成__年__月__日 現在)					
科 目	金 額	科 目	金 額		
(資産の部)		(負債の部)			
流動資産	0	流動負債	0		
現金及び預金	0	買掛金	0		
受取手形	0	短期借入金	0		
売掛金	0	未払費用	0		
商部品	0	未払法人税等	0		
前払費用	0	預り金	0		
繰延税金資産	0	賞与引当金	0		
短期貸付金	0	製品保証引当金	0		
未収入金	0	その他の	0		
その他の	0				
貸倒引当金	0	固定負債	0		
固定資産	0	退職給付引当金	0		
有形固定資産	0	繰延税金負債	0		
建物	0	その他の	0		
構築物	0				

09 共通:職員名簿

- ①申請事業所の全職員の人数がわかるように記載してください。
- ②申請事業所の全職員の氏名を記載してください。
- ③申請事業所の全職員の職種を記載してください。
- ④申請事業所(施設)名を記載してください。

施設従業員名簿にフォーマット指定はございません。

④ 訪問介護〇〇センター

職員名簿		
① No	② 職員氏名	③ 役職
1	田中太郎	施設長
2	鈴木次郎	副施設長
3	山田隼人	生活支援員
4	林花子	生活支援員
5	森田裕子	生活支援員
6	浜田雄介	介護職員
7	村田園子	介護職員
8	渡辺悟	介護職員
9	黒井守	生活相談員
10	赤坂保	看護師

※施設従業員名簿の例

10 共通:介護給付等の算定に係る体制等状況一覧表

①申請事業所(施設)の「介護給付等の算定に係る体制等状況一覧表その他補助対象となる障害者支援施設等における介護給付費等の算定に係る体制状況等がわかる書類(自治体に提出している書類)」をご提出ください。

①

介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表			
介護給付等 実員数分 [※1]	人員配置数分 [※2]	その他該当する体制等	
		施設区分	1. 一級施設 2. 二級施設 3. 三級施設 4. 四級施設 5. 五級施設 6. 六級施設 7. 七級施設 20. その他
		施設区分	1. 介護サービス施設等 2. 介護サービス事業所 3. 日中サービス施設等
		大規模施設等 [※3]	1. なし 2. 実員8人以上 3. 実員21人以上 4. 実員21人以上(一棟科を運営が行われている場合)
		療養次期	1. なし 2. あり
		サービス管理受託者次期	1. なし 2. あり
		施設単行療養施設等	1. なし 3. 0 4. Ⅱ 5. Ⅰ
		施設・療養等支援体制	1. なし 2. あり
		療養施設支援体制	1. なし 2. あり
		夜間支援等体制	1. なし 2. Ⅰ 3. 0 4. Ⅱ 5. Ⅰ・0 6. Ⅰ・Ⅱ 7. 0・Ⅱ 8. Ⅰ・0・Ⅱ
		夜間支援等体制(※4)知照療養体制	1. なし 2. Ⅱ 3. Ⅴ 4. Ⅶ 5. Ⅱ・Ⅴ 6. Ⅱ・Ⅶ 7. Ⅴ・Ⅶ 8. Ⅱ・Ⅴ・Ⅶ
		夜間療養施設等	1. なし 2. あり
		単独施設等支援療養施設 [※10]	1. なし 2. あり
		地域巡回移行支援	1. なし 2. あり
		精神障害者地域移行体制	1. なし 2. あり
		介護行政障害者地域移行体制	1. なし 2. あり
		介護行政障害者施設利用者施設療養施設	1. なし 2. あり
		医療連携体制(※11)	1. なし 2. あり
		連携型施設	1. なし 2. あり
		施設科7つ対応支援体制	1. なし 2. あり
		施設・介護療養施設運営施設対象	1. なし 2. あり
		施設・介護療養施設運営施設対象	1. なし 2. あり

事業者情報

- ①法人名・施設名・事業所所在地・施設の開設日をご入力ください。
 開設日は「指定通知書」に記載されている「指定更新年月日」の日付をご入力ください。
 自動で和暦に変換されるため、西暦でご入力ください。

人材雇用費を申請する場合、開設日がシート「別紙 算出書」(P17参照)に転記されます。

申請日時点における利用者の状況・自動車事故重度後遺障害者数

- ②施設の総利用者数(予定数含む)・自動車事故による重度後遺障害者数をご記入ください。
 人数は数字のみのご入力ください。

自動車事故重度後遺障害者情報

- ③下記、(注)に該当する方の事故年月日・利用年月日をご入力ください。
 (注)当該事業における重度後遺障害者とは、(独)自動車事故対策機構(NASVA)による
 介護料受給資格者及び自動車損害賠償保障法施行令別表第一第2級以上。
 障害者手帳の等級とは異なります。
 利用(契約締結)年月日は利用契約書の利用開始日に合わせご入力ください。
 利用開始日を確認できる書類がない場合は、利用契約書の契約日に日付を合わせご入力ください。

①

事業者名 (法人名)	
事業所名 (施設名)	
事業所所在地	
開設日	

②

1. 利用予定者数

総利用者数 (人) (予定数含む)	うち自動車事故による 重度後遺障害者数(人) ※	自動車事故による重度 後遺障害者の利用者割合	補助率 (%)
		#DIV/0!	50%

※(注) 当該事業における重度後遺障害者とは、(独)自動車事故対策機構(NASVA)による介護料受給資格者及び自動車損害賠償保障法施行令別表第一第2級以上を指します。障害者手帳の等級とは異なりますのでご注意ください。

(自動車事故による) 重度後遺障害者	事故年月日	利用(契約締結)年月日(予定日)
③		

11 新設等支援費:事業計画調書【様式2-1】

人材雇用費

- ①数字のみご入力ください。
- ②金額は下記の別シート「別紙算出書」から転記されます。

2. 補助申請予定額

①人材雇用費

① 必要人員配置人数	② 常勤換算後の数	必要見込額	補助申請予定額(①)
20	15	2,020,000円	1,010,000円

(注) ①、必要見込額は、別シートにある別紙算出書を作成の上、転記してください。

11 新設等支援費:事業計画調書【様式2-1】別紙算出書

- ①職員の職種欄に「介護職員」等の職種をご入力ください。
雇用予定職員数が10人より多い場合は、行挿入によって追加をしてください。
- ②雇用形態欄に正社員・パート・アルバイト等をご入力ください。
- ③雇用開始年月の入力は西暦でご入力ください。
表示は和暦へ自動変換されます。
開設日と雇用開始年月が正しく入力されない限り、⑥補助対象月数は反映されません。
(開設日は申請用シートの開設日欄に開設日を入力することで、自動で反映されます。)
- ④給与支払予定額と賞与金額に数字のみをご入力ください。
黄色く表示された箇所に金額をご入力ください。
- ⑤法定福利費に「法定福利費の積算内訳がわかる書類(指定様式)」にて算出された金額をご入力ください。
- ⑦補助金対象経費は給与支払予定額、賞与金額および法定福利費の合計金額となっているかご確認ください。

別紙：算出書

ホームヘルパー、生活支援員、介護職員 等

開設日 令和7年7月1日

①人材雇用費

人数	① 職員の職種	② 雇用形態	③ 雇用開始年月	給与金額 (給与支払予定額)			賞与金額	⑤ 法定福利費	⑥ 補助対象月数	⑦ 補助金対象経費
				④ 令和7年6月	令和7年7月	令和7年8月				
1	A	正社員	令和7年6月	200,000円	200,000円	200,000円		90,000円	3	690,000円
2	B	パート	令和7年7月		80,000円	80,000円			2	160,000円
3	C	アルバイト	令和7年8月			50,000円			1	50,000円
4	D	正社員	令和7年7月		200,000円	200,000円		90,000円	2	490,000円
5										円
6										円
7										円
8										円
9										円
10										円
								合計	8	1,390,000円

雇用予定職員数が10名より多い場合は適宜行挿入によって追加をお願いします。

11 継続等経費:事業計画調書【様式2-2】

賃金改善費

①必要人員配置人数欄と常勤換算後の数欄をご入力ください。

厚生労働省において実施する『令和7年度処遇改善加算様式』を参照し、

②「賃金改善費の総額(円)(1)」は、申請する事業所名・サービス名の合算の処遇改善加算額に応じご入力ください。(数字のみ)

③「処遇改善加算の見込額(円)(2)」は、各個票に記載されている見込額のうち申請する事業所名・サービス名の合算をご入力ください。(数字のみ)

2. 補助申請予定額

①賃金改善費

	①			
	必要人員配置人数 :	<input type="text"/>	常勤換算後の数 :	<input type="text"/>
	②			
	賃金改善費の見込額(円)(1)	③ 処遇改善加算等の見込額(円)(2)	左記 (1) - (2)	補助申請予定額(①)
処遇改善計画書 別紙様式2より(注)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	円	円

研修等経費

- ① 研修項目欄に実施した研修の内容をご入力ください。
- ② 受講人数に研修を受講する人数をご入力ください。
- ③ 受講予定時期(受講開始予定日・受講終了予定日)は、補助対象期間内(令和7年度中)の日付をご入力ください。
- ④ 作成いただく研修計画書を確認し、実施内容、必要見込額を税抜きの金額でご入力ください。

補助金申請予定額

- ⑤ 各経費の補助金申請予定額の合計になっていることをご確認ください。
※補助申請額の合計が上限額を超える場合は上限額の表示となります。

④ 研修等経費	②	③	④			
①	研修項目	受講人数	受講開始予定日	受講終了予定日	必要見込額(税抜き:円)	補助申請予定額(④)
	喀痰吸引等研修	○名	5月1日	3月1日	100,000円	50,000円
						円
						円
						円
						円
						円
						円
						円
						円
						円
	合計				100,000円	50,000円

3. 補助金申請予定額

	補助金申請予定額 (①+②+③)
合計	⑤ 1,250,000円

- (注) 1. 記入欄が不足する場合は、適宜追加してください。
 2. 金額はすべて税抜きでご入力ください。(税込みでの申請を希望する場合は事務局にご相談ください。)
 3. 予定日等は、令和7年4月1日から令和8年3月31日までとします。
 4. 各経費の算出根拠となる書類を添付してください。
 5. 必要に応じ、記載内容を証明する書類を添付してください。
 6. 費用については、障害福祉サービス等報酬と明確に区分してください。

12 共通:成果・効果調書【様式3】

- ①事業者名(法人名)と事業所名(施設名)をご入力ください。
- ②申請している経費に○をご入力ください。
- ③補助事業によって得られる成果・効果および補助事業によって得られる成果・効果今後の活用方法に得られる成果・活用方法をご入力ください。

※自動車事故による重度後遺障害者の安全・安心な日常生活の支援を目的として
いますので、その他の利用者の環境改善を目的とした記載は認められません。

令和7年度 在宅療養環境整備事業 成果・効果 調書 (記載例)						
①		事業者名 (法人名)	株式会社〇〇〇〇			
		事業所名 (施設名)	訪問介護〇〇センター			
1. 申請している経費に○をつけてください						
②	申請 経 費	新設等支援費	人材雇用費	求人情報発信費	研修等経費	
		継続経費	賃金改善費	○	求人情報発信費	○
2. 補助事業によって得られる成果・効果 (1. で○をつけた経費、それぞれについて記載ください) (本補助事業後に得られる成果・効果を具体的に記載してください。)						
③						
【記載例】						
※現在は〇〇、××といった問題点が生じているが、(人件費補助)を活用することにより、△△という点が改善され、・・・といった効果が得られる。(・・・が実現可能となる)						
※(人件費補助、喀痰吸引等研修受講)によりこれまで・・・であったものが、・・・(夜間の配置(医療行為)、配置職員数の増加、人員体制の強化など)ができる(行える)ようになる。 等						
→例:当事業所で訪問介護を行う職員不足が深刻になっている現状がある中で、求人広告等の掲載を行うことができ、新たに3名雇用することができた。						
また、賃金改善を行うことで、現在雇用している職員の離職防止を行うことができたことに加え、新たに雇用した職員の早期退職を防ぐことができた。						
上記に記載したとおり、本補助金を活用することにより職員の確保及び定着の効果を得られ、 自動車事故による重度後遺障害者のサービス利用促進 などの効果が期待できる。 など						
3. 補助事業によって得られる成果・効果の今後の活用方法 (本補助事業によって得られる成果・効果の今後の活用方法について具体的に記載してください。)						
【記載例】						
※人件費補助等で新たに雇用することができた職員や賃金改善を行うことで離職率を低下することができ、今後も職員が職場に定着していただくことにより、次年度以降も 自動車事故による重度後遺障害者の 利用促進に繋ぐことができる。 など						

13 人材雇用費:従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

- ①申請事業所の「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表その他補助対象となる障害者支援施設等における従業員の常勤換算方式による員数及び当該障害者支援施設等における人員配置基準を満たすために必要となる従業員の常勤換算方式による員数を明らかにした書類(自治体に提出している書類)」をご提出ください。
 ※「従業者等の勤務の体制及び勤務形態一覧表」にて事業計画調書の「必要人員配置人数」と「常勤換算後の数」が確認できない場合は確認できる書類もご提出ください。

① 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表(令和X年Y月分)

当該事業所において常勤の職員が

事業所の定員数		前年度の平均実利用者数		人員配置区分		介護サービス割増率(4:1)																		
職種*2	勤務形態*3	氏名	第1週							第2週							第3週							
			1 土	2 日	3 月	4 火	5 水	6 木	7 金	8 土	9 日	10 月	11 火	12 水	13 木	14 金	15 土	16 日	17 月	18 火	19 水	20 木	21 金	22 土
管理者	B			◎	◎	◎	◎	◎			◎	◎	◎	◎	◎			◎	◎	◎	◎	◎		
サービス 管理責任者	B			◎	◎	◎	◎	◎			◎	◎	◎	◎	◎			◎	◎	◎	◎	◎		
世話人	A	◎		◎	◎	◎	◎		◎		◎	◎	◎		◎		◎	◎	◎	◎			◎	
世話人	D			◎							◎						◎							
生活支援	A			◎	◎			◎	◎		◎	◎		◎	◎		◎	◎		◎	◎		◎	◎

14 人材雇用費:介護給付費等の算定に係る体制等に関する届出書

- ①介護給付費等の算定に係る体制等に関する届出書(自治体に提出している書類)をご提出ください。

介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書

① 令和 年 月 日

主たる事業所の所在地:

届出者 名称:

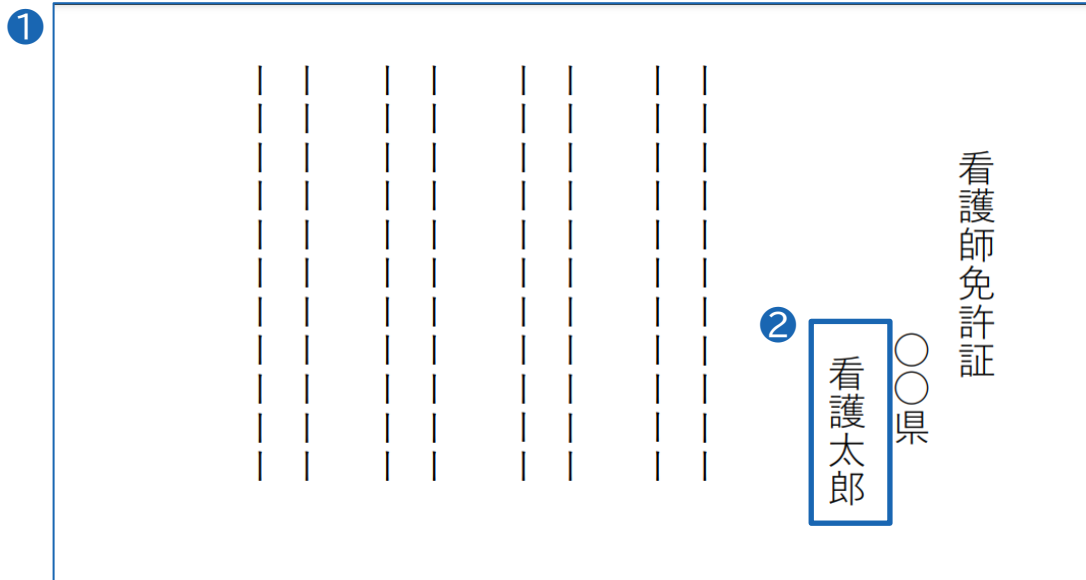
代表者の職・氏名:

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所番号									
主たる事業所(施設)の名称	(フリガナ)								
事業所(施設)の所在地	郵便番号()								
届出する事業所の事業の種類及び同一所在地において行う事業等の種類等	実施事業	異動等の区分		異動年月日					
居宅介護		1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月	日	
重度訪問介護		1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月	日	

【免許証】

- ① 医師又は看護師若しくは准看護師。
- ② 「No.9 職員名簿」に記載がある職員の免許証をご提出ください。



※医師・看護師・准看護師の在籍がない場合は、以下の書類を提出してください。

【喀痰吸引登録証・研修修了証明書(いずれか一点)】

- ① 喀痰吸引登録証または喀痰吸引の研修修了証明書(実地研修まで終了していることが条件)のいずれか1点をご提出ください。
- ② 「No.9 職員名簿」に記載のある職員の登録証または研修修了証目書をご提出ください。

上記書類がない場合、喀痰吸引等行為の技能取得が明記されている介護福祉士登録証をご提出ください。



16 人材雇用費:雇用職員の給与明細書等

①新たに雇用した職員の対象月の給与支払額を示す書類をご提出ください。
(給与明細、労働条件通知書、賃金台帳、給与の支払額または予定額、見込み額を明らかにした書類等)

②「令和8年3月31日までに支払いが完了する給与」が補助対象です。

総支給額が補助対象です。賞与についても総支給額が確認できる書類をご提出ください。

法定福利費を申請している場合は、「法定福利費の積算内訳がわかる書類(指定様式)」を上記書類とともにご提出ください。

株式会社〇〇〇〇		給与支給明細書					社員番号：	
2025年9月							氏名：	
勤 怠	就業日数	出勤日数	労働時間	欠勤日数	休日出勤日数	有給消化日数		
	平日普通残業	平日深夜残業			遅刻早退時間	有給残日数		
支 給	基本給	役職手当	資格手当	住宅手当	家族手当			
	通勤手当	残業手当	深夜勤務手当	法定休日手当				総支給額
控 除	健康保険	厚生年金保険	厚生年金基金	介護保険	雇用保険	社会保険合計		
	所得税	住民税	税額合計	共済費				総控除額
合 計	総支給額	総控除額						差引控除額

16 賃金改善費:計画書

①厚生労働省において実施する「介護職員等処遇改善加算等計画書」を提出してください。
 (申請する事業所(施設)およびサービス名「居宅介護」「重度訪問介護」の金額がわかる書類)

別紙様式2-2(処遇改善加算 個票)

【記入上の注意】

・ **オレンジ色** **ピンク色**セルは必ず入力してください。空欄がある場合は不備となります。

法人名

処遇改善加算(見込額)の合計(四) (別紙様式2-1 2 ①の内数)	0	円
うち、処遇改善加算IV相当の1/2(見込額)の合計(四) (別紙様式2-1 3(1)①に転記)	0	円
うち、新たに増加する旧ベースアップ等加算相当の見込額(四) (別紙様式2-1 3(2)①に転記)	0	円

◎キャリアパス要件Iにつき
 改善後の賃金が年額440万
 処遇改善加算I・IIの算定
 (短期入所・予防・総合事業

【記入上の注意】

・ 改善後の実金が年額440万円以上であることは、処遇改善加算による実金改善額を含む金額で判断すること。

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	一月あたり介護職員単位数(処遇改善加算を除く) [単位] (a)	1単位あたりの率値 [円] (b)	令和7年3月時点の算定区分	令和7年4月以降に算定する処遇改善加算の区分	加算率 (c)	算定対象月 (d) ※通常は令和7年4月～令和8年3月	処遇改善加算の見込額 [円] (a×b×c×d)	①月額賃金要件 I	
		都道府県	市区町村										処遇改善加算IV相当の加算額の見込額の1/2	月額賃金要件 I を満たす
1											令和 年 月～令和 年 月 (月)			
2											令和 年 月～令和 年 月 (月)			
3											令和 年 月～令和 年 月 (月)			

17 求人情報発信費:見積書

- ① 見積書内容が事業計画調書に記載の求人情報サービスと一致する書類をご提出ください。
- ② 見積額が事業計画調書に記載の契約予定価格と一致する書類をご提出ください。
- ③ 申請する事業所(施設名)の記載のある書類をご提出ください。
 ※申請する事業所(施設)以外の事業所(施設)の費用については申請の対象外となります。
 複数の施設にわたる求人の場合には申請する事業所(施設)の費用分がわかる書類をご提出ください。
- ④ 実施期間・支払い日が補助対象期間内(令和7年度中)の書類が対象となります。

□発注先が発行する書類において上記の内容が全て確認できる事業のみ申請ください。

株式会社〇〇〇〇
 訪問介護〇〇センター 御中

御見積書

20XX年X月X日
 株式会社★★

合計金額：¥		100,000 (税抜)		
品名	期間	単価	金額	備考
求人サイトA掲載	20XX年Y月Y日～20XX年Z月Z日	¥ 100,000	¥ 100,000	

18 研修等経費:研修等への参加計画書

- ①参加する研修等の概要、参加者、旅行行程、参加に要する旅費及び雑費の積算方法をご記載ください。
- ②計画書の情報と事業計画調書【様式2】に記載された情報が一致するよう作成ください。
- ③研修の日程が対象期間内(令和7年度中)の計画が対象となります。

- 研修、講演会等の開催案内や概要、配布資料等をご提出ください。
- テキスト代については申請の対象となります。
- 研修等経費における研修会場までの交通費についても申請の対象となります。
※国家公務員等の旅費に関する法律(昭和 25 年法律第 114 号)等の規定に準じます。

19 研修等経費:研修等開催計画書

- ①開催した研修等の概要、講師派遣への謝金、旅費及び雑費の積算方法をご記載ください。
- ②計画書の情報と事業計画調書【様式2】に記載された情報が一致するよう作成ください。
- ③研修の日程が対象期間内(令和7年度中)の計画が対象となります。

- 研修、講演会等の開催案内や概要、配布資料等をご提出ください。
- 講師に対する謝金、研修等への開催に係る旅費及び雑費が対象になります。
※国家公務員等の旅費に関する法律(昭和 25 年法律第 114 号)等の規定に準じます。

事務局

その他、ご不明な点等ございましたら、
下記事務局連絡先までお問い合わせいただきますようお願いいたします。

自動車事故被害者支援体制等整備事業事務局
(在宅療養環境整備事業)
事務局受付時間 平日のみ 9:00~12:00、13:00~17:00
【Eメール】koutsujiko-sien@koutsujiko-mlit.jp
【電話番号】080-7052-5403