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6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	共通	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		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	人材雇用費	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		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、№13～16の書類を添付
　求人情報発信費を申請される場合、№17を添付
　研修等経費を申請される場合、№18～19を添付

国土交通省チェック欄	
確認日	
担当者	

施設開設時期別　必要書類について

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

❶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。
❷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。
❸書類名：必要書類の名称です。
❹ページ：本手引書で❸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❶	費目❷	書類名❸	ページ❹
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		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

❶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。
❷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。
❸書類名：必要書類の名称です。
❹ページ：本手引書で❸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 ❶	費目 ❷	書類名 ❸	ページ ❹
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

❶提出日の日付をご入力ください。
❷応募者欄に事業者(法人)住所、法人名施設名、代表者の役職と氏名をご入力ください。

❶

令和７年　　○月　　○日

株式会社　博報堂プロダクツ　宛て

❷

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

❶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。
❷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　　号
年　月　日

様

❶

㊞

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

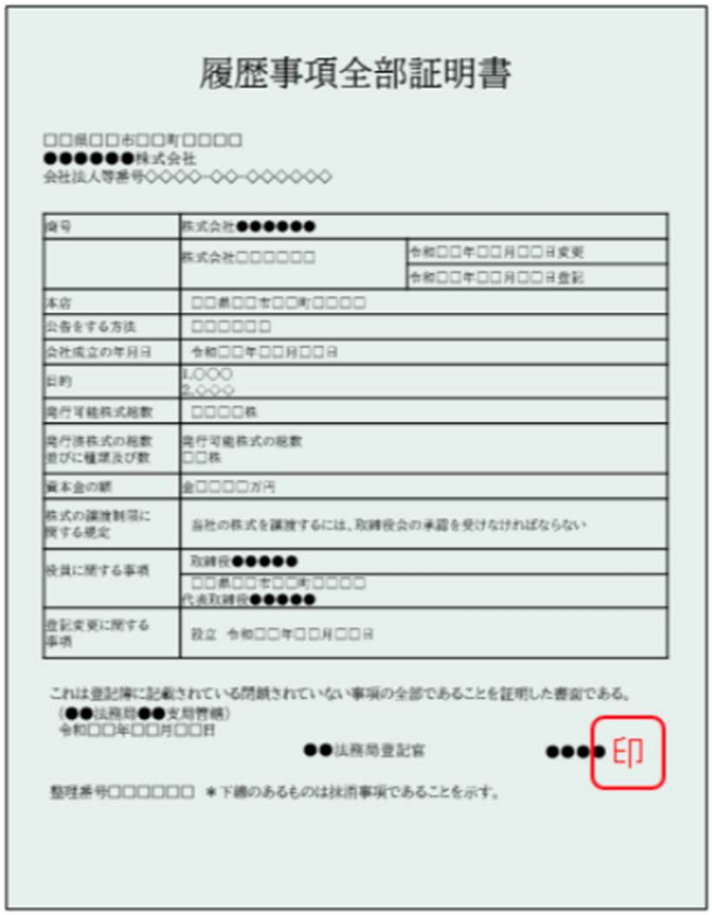
❷ 事業所（施設）	名　称
	所在地
主たる事務所の所在地	
代表者の氏名及び住所	
指定年月日	年　月　日
指定の有効期間満了日	年　月　日
サービスの種類	
介護保険事業所番号	

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

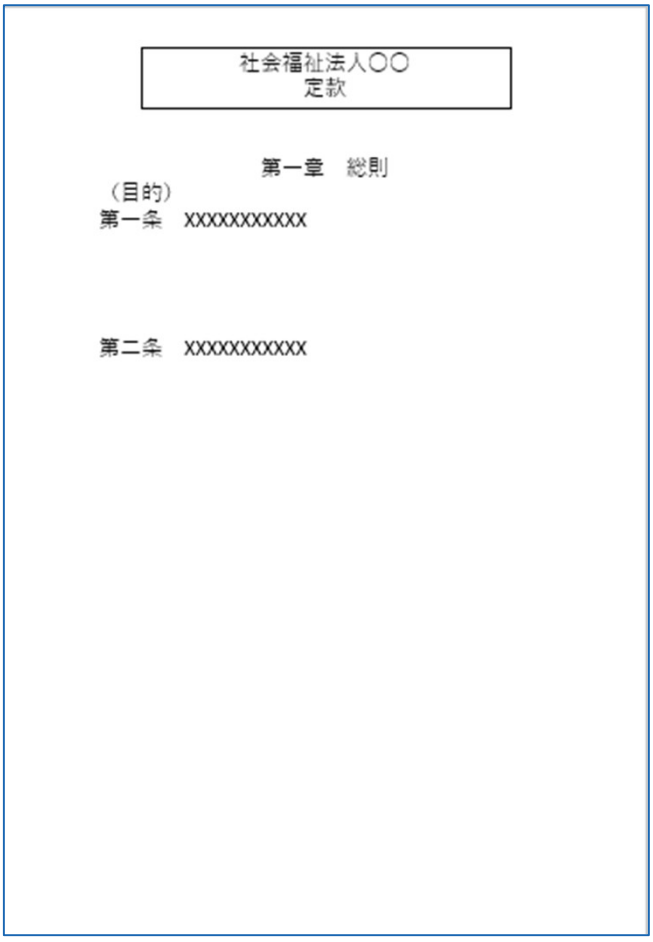
□□県□□市□□町□□□□
●●●●●●株式会社
会社法人等番号◇◇◇◇-◇◇-◇◇◇◇◇◇

商号	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●●支局管轄）
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。



社会福祉法人〇〇
定款

第一章　総則
（目的）
第一条　XXXXXXXXXXX

第二条　XXXXXXXXXXX

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。

❶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。
❷利用開始日、利用者署名、利用期間が明記されている。
❸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。

❶ 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。

❷ 契約締結日　　年　月　日

契約者氏名
事業者
（事業者名）
（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）　　印
（続柄）

※事業計画調書【様式2】

❸

（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

07 共通：当該年度の収支予算書

申請事業者の令和7年度の収支予定を表す書類または、最新の収支予定を表す書類をご提出ください。

収支予算書

令和　　年度

収入の部

科目	昨年度予算	本年度予算	増減	備考
基本収入				
会費収入				
事業収入				
雑収入				
合計				
前期収入繰越金				
収入合計				

支出の部

科目	昨年度予算	本年度予算	増減	備考
人件費				
減価償却費				
消耗品費				
会議費				
旅費				
通信費				
交際費				
保険費				
合計				
前期支出繰越金				
支出合計				

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

（自 平成__年__月__日 至 平成__年__月__日）

（単位：円）

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	0	1,220,000
営業外費用		

貸借対照表

（平成__年__月__日 現在）

（単位：円）

科目	金額	科目	金額
（資産の部）	円	（負債の部）	円
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	未払金	0
商品	0	未払費用	0
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	0
その他	0		
貸倒引当金	0	固定負債	0
		退職給付引当金	0
固定資産	0	繰延税金負債	0
有形固定資産	0	その他	0
建物	0		

09 共通:職員名簿

❶申請事業者の全職員の人数がわかるように記載してください。
❷申請事業者の全職員の氏名を記載してください。
❸申請事業者の全職員の職種を記載してください。
❹申請事業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。

❹ 訪問介護〇〇センター

❶	❷ 職員名簿 ❸	
No	職員氏名	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

❶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。

❶

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 定員区分［※1］	人員配置区分 ［※2］	その他該当する体制等	
			地域区分	1．一級地　2．二級地　3．三級地　4．四級地　5．五級地 6．六級地　7．七級地　8 5．その他
		1．Ⅰ型［6:1］ 2．Ⅳ型［10:1］ 3．Ⅰ型［4:1］ 4．Ⅱ型［6:1］ 11．日中支援Ⅰ型［3:1］ 12．日中支援Ⅱ型［4:1］ 13．日中支援Ⅲ型［6:1］	施設区分	1．介護サービス包括型　2．外部サービス利用型　3．日中サービス支援型
			大規模施設［※9］	1．なし　2．定員81人以上　3．定員21人以上 4．定員21人以上（一体的な運営が行われている場合）
			療養食加	1．なし　2．あり
			サービス管理責任者欠如	1．なし　2．あり
			福祉専門職員配置等	1．なし　3．Ⅱ　4．Ⅲ　5．Ⅰ
			夜間・早朝等支援体制	1．なし　2．あり
			看護職員配置体制	1．なし　2．あり
			強度行動障害者支援体制	1．なし　2．Ⅰ　3．Ⅱ　4．Ⅲ　5．Ⅰ・Ⅱ　6．Ⅰ・Ⅲ 7．Ⅱ・Ⅲ　8．Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ
			強度行動障害者支援体制加算（Ⅰ）加算対象体制	1．なし　2．Ⅳ　3．Ⅴ　4．Ⅵ　5．Ⅳ・Ⅴ 6．Ⅳ・Ⅵ　7．Ⅴ・Ⅵ　8．Ⅳ・Ⅴ・Ⅵ
			強度行動障害加算体制	1．なし　2．あり
			重度障害者支援加算配置［※10］	1．なし　2．あり
			地域生活移行継続支援	1．なし　2．あり
			精神障害者地域移行体制	1．なし　2．あり
			重度行動障害者地域移行体制	1．なし　2．あり
			重度行動障害者体験利用加算対象配置	1．なし　2．あり
			医療連携体制加算［※11］	1．なし　2．あり
			通勤者生活支援	1．なし　2．あり
			医療的ケア対応支援体制	1．なし　2．あり
			福祉・介護職員処遇改善加算対象	1．なし　2．あり
			福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1．なし　2．あり

11 共通：事業計画調書【様式2-1,2-2】

事業者情報

❶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

❷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

❸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。

❶

事業者名（法人名）	
事業所名（施設名）	
事業所所在地	
開設日	

❷ 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願います。

（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）
❸	①		
	②		
	③		

11 新設等支援費：事業計画調書 【様式2-1】

❶数字のみご入力ください。
❷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

❶必要人員配置人数	常勤換算後の数❷	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．必要見込み額は、別シートにある別紙算出書を作成の上、添付してください。

11 新設等支援費：事業計画調書 【様式2-1】別紙算出書

❶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。

❷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。

❸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、❻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。）

❹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。

❺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。

❼ 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	❶職員の職種	❷雇用形態	❸雇用開始年月	給与金額（給与支払予定額）❹令和7年6月	令和7年7月	令和7年8月	賞与金額	❺法定福利費	❻補助対象月数	❼補助金対象経費
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

❶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、
❷「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てご入力ください。（数字のみ）

❸「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

必要人員配置人数：		常勤換算後の数：	

	賃金改善費の見込額(円)(1)	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）			円	円

11 共通：事業計画調書 【様式2-1,2-2】

求人情報発信費

❶実施内容欄に掲載サイト名や実施した内容をご入力ください。
❷実施予定時期（開始予定日・終了予定日）に補助対象期間内（令和7年度中）の日付をご入力ください。

❸契約予定価格を税抜きの金額でご入力ください。
請求書や領収書を確認し、実施内容と金額が一致するようご入力ください。

②求人情報発信費

実施内容	開始予定日	終了予定日	契約予定価格（税抜き：円）	補助申請予定額(③)
大手就職情報サイト〇〇〇掲載	10月1日	12月1日	100,000円	50,000円
パンフレットの作成	8月1日	12月1日	100,000円	50,000円
				円
				円
				円
				円
				円
				円
				円
				円
合　計			200,000円	100,000円

（注）1．補助対象期間内に実施する必要があります。

11 共通：事業計画調書 【様式2-1,2-2】

研修等経費

❶研修項目欄に実施した研修の内容をご入力ください。
❷受講人数に研修を受講する人数をご入力ください。
❸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。
❹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

❺各経費の補助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

❶ 研修項目	❷ 受講人数	❸ 受講開始予定日	受講終了予定日	❹ 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

	補助申請予定額（①＋②＋③）
合　計	❺ 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】

❶事業者名（法人名）と事業所名（施設名）をご入力ください。

❷申請している経費に〇をご入力ください。

❸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）

❶

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

❷

１．申請している経費に〇をつけてください

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	〇	求人情報発信費	〇	研修等経費	〇

❸

２．補助事業によって得られる成果・効果（１．で〇をつけた経費、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。）

【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

❶申請事業者の「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。

❶

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週

事業所の定員数		前年度の平均実利用者数		人員配置区分	介護サービス包括型(4:1)	

職種＊2	勤務形態＊3	氏名	第1週							第2週							第3週								
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
			土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日
管理者	B				③	③	③	③	③			③	③	③	③	③			③	③	③	③	③		
サービス管理責任者	B				②	②	②	②	②			②	②	②	②	②			②	②	②	②	②		
世話人	A		①		①	①	①	①		①		①	①	①	①		①		①	①	①	①		①	
世話人	D				④			④				④			④				④			④			
																									職種＊2
生活支援	A			①	①		①	①	①		①	①		①	①	①		①	①		①	①	①		①

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

❷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。

❷

介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書

令和　　年　　月　　日

届出者
主たる事務所の所在地：
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	(ﾌﾘｶﾞﾅ)
事業所（施設）の所在地	郵便番号（　　）

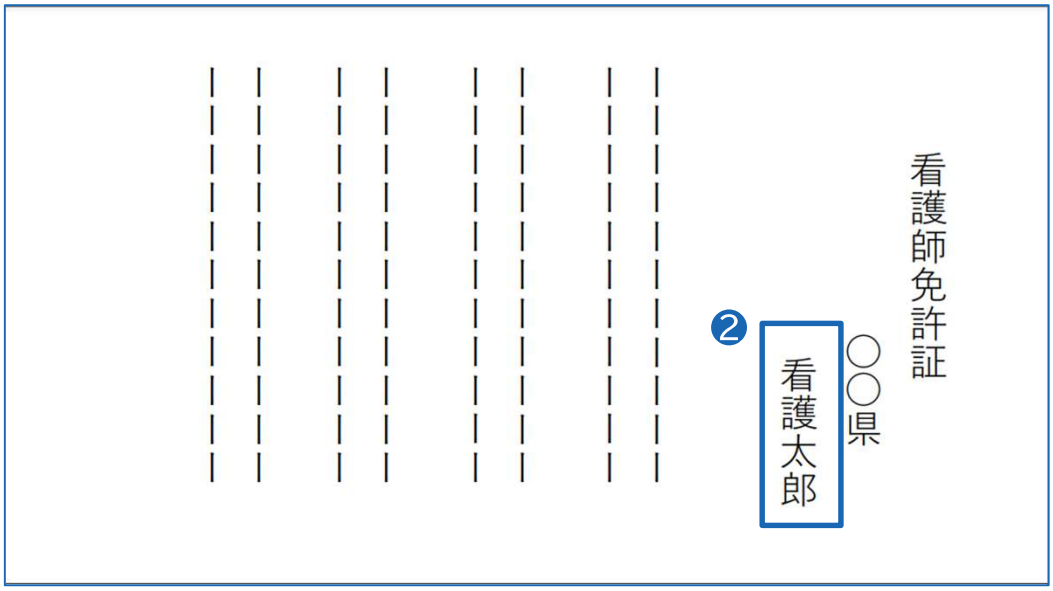
届け出る事業所の事業の種類及び同一所在地において行う事業等の種類等	実施事業	異動等の区分	異動年月日
居宅介護		1 新規　2 変更　3 終了	令和　　年　　月　　日
重度訪問介護		1 新規　2 変更　3 終了	令和　　年　　月　　日

15 人材雇用費：医師又は看護師若しくは准看護師が在籍していることを明らかにした書類等

【免許証（いずれか一点）】

❶免許証など、医師又は看護師若しくは准看護師が在籍していていることが確認できる書類をご提出ください。
❷「No.9 職員名簿」に記載がある方の免許証のご提出をお願いいたします。

❶

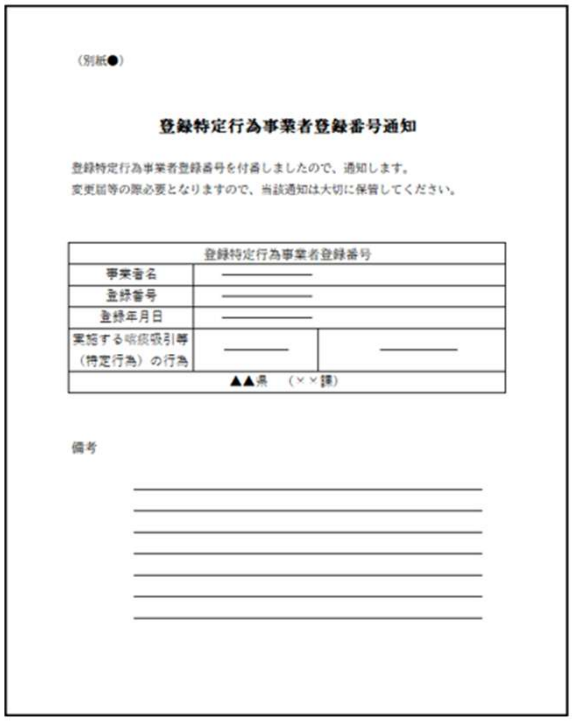


※医師・看護師・准看護師の在籍がない場合は以下の書類を提出してください。
【喀痰吸引登録書・研修修了証明書（いずれか一点）】

❶登録証は「No.1 入力シート」の事業所（施設）名と一致する書類をご提出ください。
❷「No.9 職員名簿」に記載のある職員の喀痰吸引等研修修了証をご提出ください。

□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。

❶


（別紙●）

登録特定行為事業者登録番号通知

登録特定行為事業者登録番号を付番しましたので、通知します。
変更届等の際必要となりますので、当該通知は大切に保管してください。

登録特定行為事業者登録番号		
事業者名	――――	
登録番号	――――	
登録年月日	――――	
実施する喀痰吸引等（特定行為）の行為	――――	――――
▲▲県　（××課）		

備考

❷

第 ○○ 号

喀痰吸引等研修修了証明書

氏　名　●● ●●
生年月日　昭和△年×月▽日生まれ

修了した機関　――
修了した行為　――

平成▲年×月○日

○○県登録番号　××××

16 人材雇用費：雇用職員の給与明細書等

❶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）

❷「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
2025年9月

給与支給明細書

社員番号：
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

❶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）

法人名

【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。

処遇改善加算（見込額）の合計［円］（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［円］（別紙様式2-1 3(1)①に転記）	0	円
うち、新たに増加する18ベースアップ等加算相当の見込額［円］（別紙様式2-1 3(2)①に転記）	0	円

【記入上の注意】
・改善後の賃金が年額440万円以上であることは、処遇改善加算による賃金改善額を含む金額で判断すること。

⑤キャリアパス要件Ⅳについ
改善後の賃金が年額440万
処遇改善加算Ⅰ・Ⅱの算定
(1)短期入所・予防・総合事業

	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	一月あたり介護報酬総単位数（処遇改善加算を除く）[単位] (a)	1単位あたりの単価[円] (b)	令和7年3月時点の算定区分	加算率	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（　ヶ月）			
2													令和　年　月～令和　年　月（　ヶ月）			
3													令和　年　月～令和　年　月（　ヶ月）			

17 求人情報発信費：見積書

❶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。
❷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。
❸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。
❹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

❶参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。
❷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。
❸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

❶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。
❷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。
❸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