

福祉・介護職員処遇改善臨時特例交付金計画書

1 基本情報

Table with 2 columns: Field Name (フリガナ, 法人名, 法人所在地, etc.) and Value (OOケアサービス, 〒100-1234, etc.).

2 賃金改善計画について

※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3カ所が「○」でない場合、交付金の交付要件を満たし

I 交付金による賃金改善を行う総額が交付金による収入額を上回ること

II 賃金改善の合計額の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

新規指定時～R4.9までの見込み賃金総額を記載ください。(本補助金額も含む。)

Main table for wage improvement plan with 4 main rows: ① 福祉・介護職員処遇改善臨時特例交付金の見込額(k), ② 賃金改善の見込額(i-ii), ③ ベースアップ等による賃金改善の見込額, ④ 交付金による賃金改善実施期間.

要件 I

上記 i)に記載した期間の前年度分の職員係の基本給+賞与等を含めた金額想定で記載ください。

・様式2-2(i-2)の金額が、(i-1)の金額の2/3以上であれば、「○」になります。

・様式2-2(j-2)の金額が、(j-1)の金額の2/3以上であれば、「○」になります。・「その他の職員」を賃金改善の対象としない場合は、×印になりますが問題ありません。

・原則、新規指定月～令和4年9月までの連続する期間を記入してください。

3 福祉・介護職員処遇改善臨時特例交付金

Table for implementation details: 賃金改善を行う給与の種類 (Basic pay, Allowance, Bonus, etc.), 具体的な取組内容 (Implementation details like job rules, wage regulations, etc.).

以下の点を確認し、全ての項目にチェックして下さい。

確認項目	証明する資料の例
<input checked="" type="checkbox"/> 令和4年2月から賃金改善を実施しています。	—
<input checked="" type="checkbox"/> 令和4年2月サービス提供分について福祉・介護職員処遇改善加算(I)、(II)又は(III)を届出しています。	—
<input checked="" type="checkbox"/> 交付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、給与規程
<input checked="" type="checkbox"/> 交付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
<input checked="" type="checkbox"/> 交付金の対象となる職員の勤務体制及び資格要件を確認しました。	勤務体制表
<input checked="" type="checkbox"/> 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。	—
<input checked="" type="checkbox"/> 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
<input checked="" type="checkbox"/> 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

・証明する資料は提出不要です。求めがあった場合には提出できるよう整備しておいてください。

※ 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、交付金の請求に関して不正があった場合は、交付金を返還することとなる場合がある。

計画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 4 年 ● 月 ● 日 法人名 ○○ケアサービス
代表者 職名 理事 氏名 大阪 三郎

・「交付金取得予定」には、交付金を取得する事業者は「○」を記入し、交付金を取得しない事業者は「×」を記入すること。
 ・処遇改善臨時特例交付金計画書は、現行の処遇改善加算等の計画書と同様、法人一括での作成が可能であり、法人全体で交付要件を満たしていれば足りること。
 ・(ただし、処遇改善臨時特例交付金計画書については都道府県をまたいでの作成はできません。)
 ・(i-1)及び(j-1)には、「資金改善実施期間」に補助金により資金改善を行う場合の福祉・介護職員等の賃金の総額(見込額)〔(2② i)〕と、「令和3年における資金改善実施期間」に相当する期間の福祉・介護職員等の賃金の総額〔(2② ii)〕とを比較し、その差額を事業所ごとに記入すること。
 ・(i-2)及び(j-2)には、「3 福祉・介護職員処遇改善臨時特例交付金により資金改善を行う資金項目及び方法」に記載した具体的な取組に基づく資金改善の見込額を記載すること。

法人名	〇〇ケアサービス
-----	----------

2① 福祉・介護職員処遇改善臨時特例交付金(見込額)の合計[円](k)	135,965
-------------------------------------	---------

交付金取得予定	障害福祉サービス等事業所番号	指定権者名	事業所の所在地		事業所名	サービス名	算定する福祉・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交付金を取得できません)	一月あたり障害福祉サービス等報酬総額 [円](f) (処遇改善加算及び特定加算の額を含みません)	交付率 (g)	交付対象月(h)	福祉・介護職員処遇改善臨時特例交付金															
			都道府県	市区町村							①福祉・介護職員処遇改善臨時特例交付金の見込額 (f×g×h) [円]	列ごとの合計が「2資金改善計画について」③に転記														
												(i-1)③ i) 福祉・介護職員の賃金改善額 [円]	(i-2)ベースアップ等による賃金改善額 [円]	(j-1)③ ii) その他職種の賃金改善額 [円]	(j-2)ベースアップ等による賃金改善額 [円]											
1	○	1	1	1	1	1	1	1	1	1	大阪府	大阪府	大東市	訪問介護 SHIDOU	居宅介護	i	257,203	3.6%	令和 4 年 5 月～令和 4 年 9 月 (5 ヶ月)	46,295	26,300	17,535	19,999	13,335		
2	○	2	2	2	2	2	2	2	2	2	堺市	大阪府	堺市	SHITEIホーム	共同生活援助(日中サービス支援型)	ii	747,252	2.4%	令和 4 年 5 月～令和 4 年 9 月 (5 ヶ月)	89,670	56,960	37,980	32,720	25,900		
3	×	3	3	3	3	3	3	3	3	3	大阪市	大阪府	大阪市	SEIBIめぐみ	児童発達支援	Ⅲ										
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										
18																										
19																										
20																										

・交付金を取得する事業所は「○」を記入し、交付金を取得しない事業所は「×」を記入してください。

・「①福祉・介護職員処遇改善臨時特例交付金の見込額」 < (i-1) + (j-1) であり、見込額の内訳を(i-1)から(j-2)に入力するわけではないので注意。
 ・「その他の」職員の賃金改善を行わない場合は「○」と記入してください。

要件確認申立書

大阪府知事 殿

私（当団体）は、大阪府補助金交付規則（以下「規則」という。）第4条第2項第3号の規定に基づき、大阪府介護職員等処遇改善支援補助金（障がい者福祉事業）にかかる交付申請を行うにあたり、下記の内容について申立てます。

記

※各項目を確認し、はい・いいえのどちらかをプルダウンから選択してください。

申立事項		
1	暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第2号に規定する暴力団、同法第2条第6号に規定する暴力団員、大阪府暴力団排除条例第2条第4号に規定する暴力団密接関係者である。 ※「暴力団密接関係者」については、次の2～6も確認してください。	いいえ
2	自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用するなどしている。	いいえ
3	暴力団又は暴力団員に対して、資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的あるいは積極的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与している。	いいえ
4	暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれを不当に利用するなどしている。	いいえ
5	暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している。	いいえ
6	（事業者においては、）次に掲げる者のうちに暴力団員又は上記2～5のいずれかに該当する者がいる。 ・事業者の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるか否かを問わず、当該事業者に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等以上の支配力を有するものと認められる者を含む。） ・支配人、本店長、支店長、営業所長、事務所長その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、営業所、事務所その他の組織（以下「営業所等」という。）の業務を統括する者 ・営業所等において、部長、課長、支店次長、副支店長、副所長その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、それらと同等以上の職にあるものであって、事業の利益に重大な影響を及ぼす業務について、一切の裁判外の行為をする権限を有し、又は当該営業所等の業務を統括する者の権限を代行し得る地位にある者 ・事実上事業者の経営に参加していると認められる者	いいえ
7	法人にあっては罰金の刑、個人にあっては禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又はその執行を受けることがなくなった日から1年を経過しない者である。	いいえ
8	公正取引委員会から私的独占の禁止及び公正取引の確保に関する法律第49条に規定する排除措置命令又は同法第62条第1項に規定する納付命令を受け、その必要な措置が完了した日又はその納付が完了した日から1年を経過しない者である。	いいえ
9	規則第2条第2号イ～ハまでのいずれかの該当の有無等に関して調査が必要となった場合には、大阪府が求める必要な情報又は資料を遅滞なく提出するとともに、その調査に協力し、調査の結果、該当することが判明した場合には、規則第15条に基づき、補助金の交付の決定の全部又は一部を取り消されても、何ら異議の申し立てを行いません。	はい
10	間接補助事業者に当該補助事業の全部又は一部を行わせる場合には、当該間接補助事業者が上記各号のいずれかに該当することとなった場合又はいずれかに該当していたことが判明した場合にその旨を直ちに届出ます。	はい
11	暴力団等審査情報を、大阪府暴力団排除条例第26条に基づき、大阪府警察本部に提供することに同意する。	はい

1～11まで全ての項目に、「はい」か「いいえ」をプルダウンより選択してください。

※「1」～「8」で「はい」を選択した場合及び「9」～「11」で「いいえ」を選択した場合は、補助金の支給を受けることはできません。

令和 4 年 ● 月 ● 日

住所（所在地） 大阪府大阪市中央区2丁目本館1階

名称（団体名） ○○ケアサービス

氏名（代表者） 大阪 太郎

暴力団等審査情報

大阪府補助金交付規則（以下「規則」という。）第4条第2項第3号の規定に基づき、大阪府介護職員等処遇改善支援補助金（障がい者福祉事業）にかかる交付申請を行うにあたり、規則第2条第2号イに該当しないことを審査するため、本書面を提出するとともに、大阪府暴力団排除条例第26条に基づき、府警察本部へ提供することに同意します。なお、役員の変更があった場合は、直ちに本様式をもって報告します。

	氏名		生年月日				性別	住所（所在地）
	カナ(半角)	漢字	元号	年	月	日		
1	オオサカ タロウ	大阪 太郎	S	61	01	01	M	大阪府大阪市中央区2丁目本館1階
2	オオサカ ジロウ	大阪 次郎	S	60	06	29	M	大阪府大阪市中央区2丁目本館1階
3	オオサカ ハナコ	大阪 花子	H	04	09	14	F	大阪府大阪市中央区2丁目本館1階
4								
5								
6								
7	・フルネーム(半角カタカナ)で記載してください。 ・姓と名の間に半角スペースを入れてください。							・役員個人の住所ではなく、 法人住所を記載してください。
8								
9	・フルネーム(全角漢字)で記載してください。 ・姓と名の間に全角スペースを入れてください。							
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

※役員数に応じ、適宜、行を追加すること。

※役員の変更による報告の場合は、変更した者のみにつき記載すること。

※氏名のカナは姓と名の間は半角スペースとし、漢字は姓と名の間は全角スペースとすること。

※生年月日の元号は、西暦は和暦に直し、明治は「M」、大正は「T」、昭和は「S」、平成は「H」と記載すること。

※生年月日は半角数字を用い、1桁の場合は頭に「0」を記載すること。

※性別は男性は「M」、女性は「F」と記載すること。

住所（所在地）	大阪府大阪市中央区2丁目本館1階
名称（団体名）	〇〇ケアサービス
氏名（代表者）	大阪 太郎