

令和6年度 自動車事故被害者支援体制等整備事業

【介護職員等緊急確保事業】 応募兼交付申請の手引き

必ずお読みください

- 実績報告書と支出ごとの証拠書類(証憑)を最終締切までに提出いただかないと、補助金のお支払いができなくなりますのでご注意ください。
- 証拠書類(証憑)が提出できないものは補助対象経費として認められません。
- 事務局から変更承認を受けずに交付申請時の計画と別の内容で補助事業を実施したものは、補助対象経費として認められません。

令和7年1月

国土交通省
自動車事故被害者支援体制等整備事業事務局

はじめに・目次

はじめに

本手引書は交付申請において、申請者様が必要書類をご準備する時や申請書類へご入力いただくにあたって、申請の煩雑さを軽減する目的で作成しております。是非ご活用いただけますと幸いです。

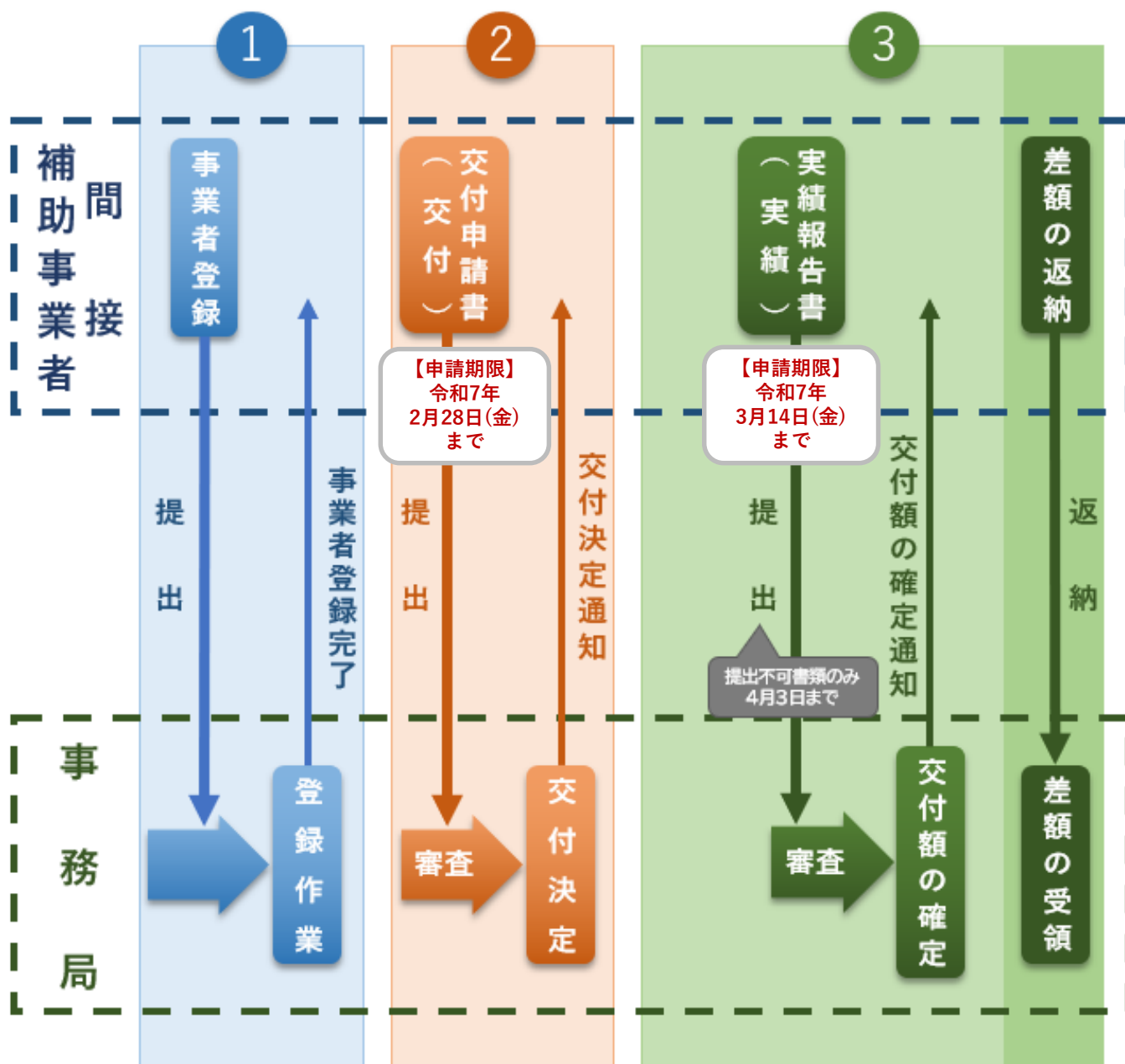
目次

・はじめに・目次	2
・申請の流れ	3
・必要書類確認書	4
必要書類一覧表	5
・提出書類の入力方法について	
交付申請書様式内の入力シートへの入力方法	7-10
・証憑関連(交付申請)	
自治体発行の指定(更新)通知書	12
全部事項証明書または会社定款	13-14
要件としている重度後遺障害者の入居状況が分かる書類	15
等級確認書類	16
当該年度の収支予算書	17
直近の財務諸表	18
施設職員名簿	19
介護給付等の算定に係る体制状況一覧表	20
従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表	21
介護給付等の算定に係る体制に係る届出書	22
看護師を配置していることを明らかにした書類	23
補助対象期間中に当該職員の雇用する計画または雇用したことがわかる書類	24
・おわりに	25

申請の流れ

補助金の補助対象期間と申請期限について

事業者登録後、「交付申請書」と「実績報告書」の提出が必要



※補助対象期間：令和7年1月1日～令和7年3月31日まで

必要書類確認書

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。
申請書類のご準備の際にご活用ください。

申請事業者名:

令和6年度 補助金交付申請必要書類確認書

介護職員等緊急確保事業

(1)交付申請時

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	自動車事故対策費補助金交付申請書	表紙別紙(様式第1) [申請書様式Excelの入力シートに記入後(※)で自動出力されます]			
2	(別紙)令和6年度自動車事故被害者支援体制等整備事業(介護職員等緊急確保事業)計画・経費所要額申請書算収支計算書	申請書様式Excelの入力シートに記入後(※)で自動出力されます			
3	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			
4	指定(更新)通知書	障害者総合支援法に基づき(自治体発行)の通知書			
5	全部事項証明書若しくは会社定款	-			
6	補助対象となる障害者支援施設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在宅重度後遺障害者の入居または利用状況がわかる書類	雇用契約書(入居契約書等)の写し ※雇用開始日、雇用者番号、雇用期間の記載があるもの			
7	入所している(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	・株式会社による自営受託の状況障害者施設受託会社 ・自動車事故対策機構の介护料支給者受託認定通知書 ・業務委託記録簿等 ※要件の確認できるいずれかの書類を提出すること			
8	当該年度の収支予算書	-			
9	直近の財務諸表	新設の場合は集数を集めたことが分かる書類			
10	職員名簿	12月末日時点におけるもの			
11	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など			
12	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など			
13	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			
14	医師又は看護師若しくは准看護師を配置し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員又はそれと同等と認められる従業員であることを証する書類	-			
15	補助対象期間中に当該職員の雇用する計画または雇用したことがわかる書類	・人材費の算出根拠 ※決定採算費も併せて申請する場合 ・決定採算費の算出根拠			
16	この用紙	書類提出時の確認用書類のため、提出不要			

国士文通会チェック欄

確認日	
担当者	

必要書類一覧表

- 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確認をお願いいたします。
- ②書類名:必要書類の名称です。
- ③ページ:本手引き書で②の書類の確認事項が記載されているページ数です。
各ページをご確認のうえ、書類の準備をお願いいたします。
(※で別途指示がある場合はその内容に従ってください。)

交付申請

番号 ①	書類名 ②	ページ ③
1	【事務局指定様式】交付申請書 ※1	7~10
2	【事務局指定様式】(別紙)計画・経費所要額調書兼収支計算書 ※1	
3	【事務局指定様式】応募者の概要【様式1】 ※2	-
4	指定(更新)通知書	12
5	全部事項証明書または会社定款	13・14
6	補助対象となる障害者支援施設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在宅重度後遺障害者の入居または利用状況がわかる書類	15
7	入所している(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	16
8	当該年度の収支予算書	17
9	直近の財務諸表	18
10	職員名簿	19
11	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	20
12	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	21
13	介護給付費等の算定に係る体制に係る届出書	22
14	医師又は看護師若しくは准看護師を配置し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
15	補助対象期間中に当該職員の雇用する計画または雇用したことがわかる書類	24
16	必要書類確認書	4

- ※1 申請書様式Excelの入力シートに記入頂く事で自動出力されます。
※2 申請システムでの登録時に自動生成されるため、提出不要です。

提出書類の入力方法について

交付申請書様式内の入力シートへの入力方法

事業者情報など

	文書番号	社福国台1号
①	申請日	2025/1/20
②	住所	東京都千代田区霞が関2-1-3
③	事業者名	社会福祉法人国交会
	施設名	障害者支援施設 自動車苑
	代表者名	理事長 国土 太郎

④	郵便番号	100-8918	
	受取人住所	住所	東京都千代田区霞が関2-1-3
		フリガナ	トウキョウトチヨダ クスミガ セキ
	口座名義人	氏名	社会福祉法人国交会 訪問介護〇〇〇 理事長 国土太郎
		フリガナ	シヤカイフクシホウジ ソッコウカイ ホウモンカイゴ マルマルマル リジ チョウ コクト タロウ
⑤	振込先金融機関	国土交通銀行	金融機関コード 1234
	支店	霞ヶ関支店	支店コード 123
	預金種別	普通預金	
	口座番号	123456	

事業者情報

確認事項(以下のすべてを満たすこと)

- ①申請日欄には書類提出日を入力していること
- ②住所欄には指定通知書記載の施設の住所を入力していること
- ③事業者名には法人名を記載していること
代表名欄には法人の代表者の役職名と氏名を入力していること

【補足】

- 文書番号は記載が無くても構いません。
- 申請日に関しましては、不備差戻などで複数回再提出をいただく場合、最初にご提出いただいた日付のままでお願いいたします。
- 日付を入力する際は西暦で入力してください。

受取人口座・振込情報等

確認事項(以下のすべてを満たすこと)

- ④郵便番号は半角数字で7桁入力すること(ハイフンは自動で入力されます。)
受取人住所欄には法人または施設の住所どちらかを記載していること
- ⑤振込先口座は法人口座のみにすること

【補足】

- 個人口座は原則不可となります。
- 口座番号は7桁入力すること(6桁以下の場合は先頭に【0】を記載して7桁にすること)

交付申請書様式内の入力シートへの入力方法

自動車事故重度後遺障害者入所者・利用者情報

税抜き申請・税込み申請の別 ①
 補助金又は自己負担以外での収入がある場合はその金額 ¥

当該年度における自動車事故による重度後遺障害者の受入（利用）状況

	受入（利用）者	受入（利用）開始日	受入（利用）終了日	期間	区分
1	A	2000/1/31	2025/3/31	9192	脳損傷
2	B	1992/11/27	2025/3/31	11813	脊髄損傷
3	C	1996/10/29	2025/3/31	10381	その他
4	D	2020/11/1	2025/3/31	1612	脳損傷
5	E	2023/5/31	2025/3/31	671	脳損傷
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
計	5			33669	

区分	延べ人数	延べ日数
脳損傷	3	11475
脊髄損傷	1	11813
その他	1	10381

今後の受入（利用）見込み延べ人数	合計	0	名程度
	脳損傷	0	名程度
	脊髄損傷	0	名程度
	その他	0	名程度

⑤

確認事項(以下のすべてを満たすこと)

- ① 税抜きでの金額を記載
 本補助金とは別途給与に関して、補助をもらっている場合はその金額を数字のみ記入していること
 補助をもらっていない場合は0と記入していること(0と記入すると自動的にハイフンが入力される)
- ② 氏名をフルネームで記入していること
- ③ 契約書上に記載されている入所年月日を西暦で記入していること
 受入終了日は来年度以降も入所・利用している場合、「2025/03/31」と記入していること
- ④ 自動車事故によりどのような損傷が残っているか選択していること
- ⑤ 今年度中に受け入れる予定の自動車事故重度後遺障害者の見込み人数を記入していること
 いない場合は「0」と記入していること

交付申請書様式内の入力シートへの入力方法

人件費 得られる効果と今後の活用方法

分類	対象職員	雇用形態	対象月の給与総支給額	雇用年月日	対象月数	対象月の賞与支給額	法定福利費	補助金申請額
1	A	正社員	1,000,000円	令和7年1月6日	3	0円	0円	1,000,000
2	B	正社員	950,000円	令和7年1月20日	3	0円	0円	950,000
3	C	パート	240,000円	令和7年2月2日	2	0円	0円	240,000
4	D	アルバイト	150,000円	令和7年2月15日	2	0円	0円	150,000
5								-
6								-
7								-
8								-
9								-
10								-
11								-
12								-
13	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	-
14								-
15								-

人件費の交付を受けることにより得られる効果と今後の活用方法

<p>8 得られる効果及び今後の活用方法</p>	<p>申請される費用の効果・今後の活用方法について総合的にご記入下さい。</p>
--------------------------	--

人件費

確認事項(以下のすべてを満たすこと)

- ①対象職員名の氏名をフルネームで記入していること
- ②雇用形態を記入していること
- ③対象期間の賞与を含めない給与総支給額を数字のみ記入していること
- ④雇用年月日を西暦で記入していること
(例)令和7年1月10日雇用の場合→2025/1/10 (和暦に自動変換されます)
- ⑤対象月数を記入していること(最大3カ月)
- ⑥対象期間中に賞与がある場合、金額を数字のみ記入していること(無い場合は0と記入していること)
- ⑦法定福利費を申請する場合、対象月の法定福利費の合計額を数字のみ記入していること
(無い場合は0と記入していること)

得られる効果と今後の活用方法

確認事項(以下のすべてを満たすこと)

- ⑧本補助金を受け取ることにより得られる自動車事故重度後遺障害者への効果を記入していること

【補足】

□2025年1月1日～2025年3月31日以外の日付に雇用している職員は対象外です。

交付申請書様式内の入力シートへの入力方法

補助金交付申請に関する担当者 請求書関係

補助金交付申請に関する担当者					
郵便物の宛名	社会福祉法人国交会 自動車苑				
郵便物の送付先住所	〒123-4567 東京都千代田区霞が関2-1-3				
	所属	役職	氏名	電話番号	e-mail
担当者①	〇〇課	施設長	国土次郎	080-0000-0000	jidousya@ziro.co.jp
担当者②	〇〇課	副施設長	国土三郎	090-0000-0000	jidousya@saburo.co.jp

補助金交付申請に関する担当者

確認事項(以下のすべてを満たすこと)

- ①郵便物の送付先住所や担当者の連絡先などに入力漏れがないこと
- ②「郵便物の送付先住所」に郵便番号、住所の詳細まで記載していること

【補足】

- 担当者は1名のみでも可能です。
- 所属欄に記載する所属部署名がない場合は、施設名の記載をお願いいたします。
- 電話番号の入力は必ず半角数字で入力をお願いいたします。

※以下「請求書関係」は実績報告書のみ、必要な項目となります。

本件責任者：	国土太郎	連絡先：	000-0000-0000
担当者：	国土次郎	連絡先：	090-0000-0000

請求書関係

確認事項(以下のすべてを満たすこと)

- ③本件責任者と担当者は記入必須のため、記入していること

【補足】

- 本件責任者と担当者は同一人物でも構いません。
- 電話番号の入力は必ず半角数字で入力をお願いいたします。

「交付申請」の証券関連について

自治体発行の指定(更新)通知書

3 自治体発行の指定(更新)通知書

様式第2号(第2条関係)

第 年 月 日

様

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

① ②	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
③	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	

確認事項(以下のすべてを満たすこと)

- ① 法人名・事業所名・住所・代表者名が申請内容と合致していること
- ② 入力シートの申請住所と事業者の所在地に相違ないこと
- ③ 有効期間内のものであること

※3月開設の場合
 ・交付申請時に提出できない場合は、開設日のわかる書類を提出すること
 ・指定通知書は実績報告時まで提出してください

3 全部事項証明書

①

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□□□□	
公称をする方法	□□□□□□	
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開示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



整理番号□□□□□□ *下線のあるものは抹消事項であることを示す。

確認事項(以下のすべてを満たすこと)

- ①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であることが確認できること
 (履歴事項全部証明書・現在事項全部証明書も可)

【補足】

- 全部事項証明書又は定款のいずれかを提出すること

3 会社定款

①

社会福祉法人〇〇
定款

第一章 総則

(目的)

第一条 XXXXXXXXXXXX

第二条 XXXXXXXXXXXX

確認事項(以下のすべてを満たすこと)

①事業者名・代表者名・住所等が合致しており、申請事業者の定款であることが確認できること

【補足】

定款又は全部事項証明書のいずれかを提出すること

要件としている重度後遺障害者の入居状況が分かる書類

4 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

確認事項(以下のすべてを満たすこと)

- 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であること
- ② 契約書本文及び署名ページ全て提出、重度後遺障害者が現在も利用していること

①

②

入居(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。

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)
(続柄) 印

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

5 等級確認書類

確認事項(以下のすべてを満たすこと)

①以下の書類のうち、いずれか1点の書類を提出していること

・保険会社による自賠責保険の後遺障害等級認定

保険会社によって、自賠責保険の後遺障害等級1級,2級に認定されたと確認できる書類

(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など……)

・自動車事故対策機構の介護料受給者記録 等

独立行政法人自動車事故対策機構 (NASVA)によって後遺障害等級Ⅰ種,Ⅱ種に認定されたと確認できる書類

・裁判判決記録

記載内容から該当していることが確認できるか、別途、判断いたします

【補 足】

後遺障害等級確認書類がなく、事務局に等級確認を依頼される場合は、下記の等級確認の依頼方法の確認をお願いいたします。

労災認定されていた場合、経年で1,2級になった(事故発生時は1,2級ではなかった)場合は対象外となります。

5 等級確認書類がない場合

確認事項(以下のすべてを満たすこと)

①等級確認書類がない場合に、申請する利用者の「氏名」「フリガナ」「性別」「生年月日」「事故年月日(なくても可)」が確認できる書類を提出していること

②利用者もしくは利用者のご家族に開示の同意を得ていること

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

【補 足】

指定フォーマットあり

当該年度の収支予算書

6 当該年度の収支予算書

①

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				
修繕費				
合計				
前期支出繰越金				
支出合計				

確認事項(以下のすべてを満たすこと)

- ①申請事業者の該当年度の収支予定を表す書類であること

7 直近の財務諸表

1

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		

確認事項(以下のすべてを満たすこと)

①申請事業者の直近の収支が分かる書類(貸借対照表、損益計算書など)であること

※新設の場合は施設を開設したことが分かる書類

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
前払費用	0	未払法人税等	0
繰延税金資産	0	預り金	0
短期貸付金	0	賞与引当金	0
未収入金	0	製品保証引当金	0
その他	0	その他	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	0
構築物	0		

①

② ③ 職員名簿 ④		
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

確認事項(以下のすべてを満たすこと)

- ① 12月末日時点で在籍している従業員一覧であること
- ② 申請事業者の全職員の人数が確認できること
- ③ 申請事業者の全職員の氏名が確認できること
- ④ 申請事業者の全職員の職種が確認できること

【補足】

□ 施設従業員名簿にフォーマット指定はありません。

介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表

9 介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表

確認事項(以下のすべてを満たすこと)

- ①申請事業者の「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」と確認できること
(自治体に提出している書類)

1

介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表

多額給付等 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. 一般域 2. 二般域 3. 三般域 4. 四般域 5. 五般域 6. 六般域 7. 七般域 8. 0. その他
		施設区分 1. 介護サービス施設型 2. 外傷サービス施設型 3. 日中サービス施設型 4. 定員8人以上 5. 定員21人以上 6. 定員21人以上【一律的な運営が行われている場合】
		大規模施設等 [※9]
		職員欠加 1. なし 2. あり
		サービス管理支援者欠加 1. なし 2. あり
		福祉専門職員配置等 1. なし 2. 0 3. Ⅱ 4. Ⅲ 5. Ⅳ
		新設・増設等支援体制 1. なし 2. あり
		標準職員配置体制 1. なし 2. あり
		夜間支援等体制 1. なし 2. Ⅰ 3. 0 4. Ⅱ 5. Ⅲ 6. Ⅰ・0 7. Ⅰ・Ⅱ 8. Ⅰ・0・Ⅲ
		夜間支援等体制別室1加配職員体制 1. なし 2. Ⅳ 3. Ⅴ 4. Ⅵ 5. Ⅳ・Ⅴ 6. Ⅳ・Ⅵ 7. Ⅴ・Ⅵ 8. Ⅳ・Ⅴ・Ⅵ
		夜間職員別室体制 1. なし 2. あり
		単独障害者支援職員配置 [※10]
		地域生活移行管理支援 1. なし 2. あり
		併設障害者地域移行体制 1. なし 2. あり
		連携行動障害者地域移行体制 1. なし 2. あり
		連携行動障害者施設利用加配職員配置 1. なし 2. あり
		医療連携体制別室 [※11]
		消費者生活支援 1. なし 2. あり
		医療IT支援体制 1. なし 2. あり
		福祉・介護職員処遇改善対象 1. なし 2. あり
		福祉・介護職員処遇改善特別対象 1. なし 2. あり

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

10 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

確認事項(以下のすべてを満たすこと)

- 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」と確認できること(自治体に提出している書類)

1

従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表(令和X年V月分)																								
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 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			◎	◎		◎	◎	◎		◎	◎		◎	◎		◎	◎		◎	◎	◎		◎

介護給付費等の算定に係る体制に係る届出書

11 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書

確認事項(以下のすべてを満たすこと)

- ① 介護給付費等の算定に係る体制等に関する届出書を提出していること
(自治体に提出している書類)

①

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

主たる事務所
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	<input type="text"/>	1 新規 2 変更 3 終了	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
重度訪問介護	<input type="text"/>	1 新規 2 変更 3 終了	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日

12 看護師を置いていることを明らかにした書類 等

下記いずれか一点をご提出ください

【看護師免許証 等】

確認事項(以下のすべてを満たすこと)

- ①看護師免許証など、医師、看護師、准看護師を置いていると確認できる書類であること
- ②免許証に記載された名前が「No.8 職員名簿」に職員名として記載されていること

①

看護師免許証
〇〇県
② 看護太郎

【喀痰吸引登録書・研修修了証明書】

確認事項(以下のすべてを満たすこと)

- ①登録証が「入力シート」の事業者名と相違ないこと
- ②登録書に記載された名前が「No.8 職員名簿」に職員名として記載されていること

【補足】

□社会福祉士・介護福祉士の資格証は無効となります。

13 補助対象期間中に当該職員の雇用する計画または雇用したことがわかる書類

確認事項(以下のすべてを満たすこと)

- ①以下のうちいずれかの書類を提出していること
- ・雇用契約書、労働条件通知書等雇用したことがわかる書類

【確認事項】

- 雇用開始予定日が補助対象期間内(令和7年1月1日～令和7年3月31日)であること
 - 雇用形態、給与総支給額の見込み額を記載すること(賞与がある場合は別途記載)
 - 署名、印鑑が押されていること
 - 補助金申請額の算出根拠を簡単な書式で構いませんので作成をお願いいたします。
- ※交通費など人件費として支出した場合、申請可能

おわりに

以上が必要書類の書き方・確認ポイントとなります。
内容をご確認いただき、書類のご準備をお願いいたします。
ご不明な点等ございましたら、
下記事務局までお問い合わせいただきますようお願いいたします。

■事務局問い合わせ先（補助金に係る各種問い合わせは下記事務局までお願い致します。）
自動車事故被害者支援体制等整備事業事務局(介護職員等緊急確保事業)
電話番号 03-6739-3054
※電話受付時間 平日9:30～12:00、13:00～17:00まで
アドレス kaigosityokuin@koutsujiko-mlit.jp