

令和6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

【社会復帰促進事業】
交付申請の手引き

必ずお読みください

この手引書は補助対象事業者が交付申請書類を作成する時の注意点をご説明をするために作成したものです。

本補助金については交付要綱、交付規程、公募要領、実施細目を必ずお読みいただき、本手引書を参考に交付申請書類を作成してください。

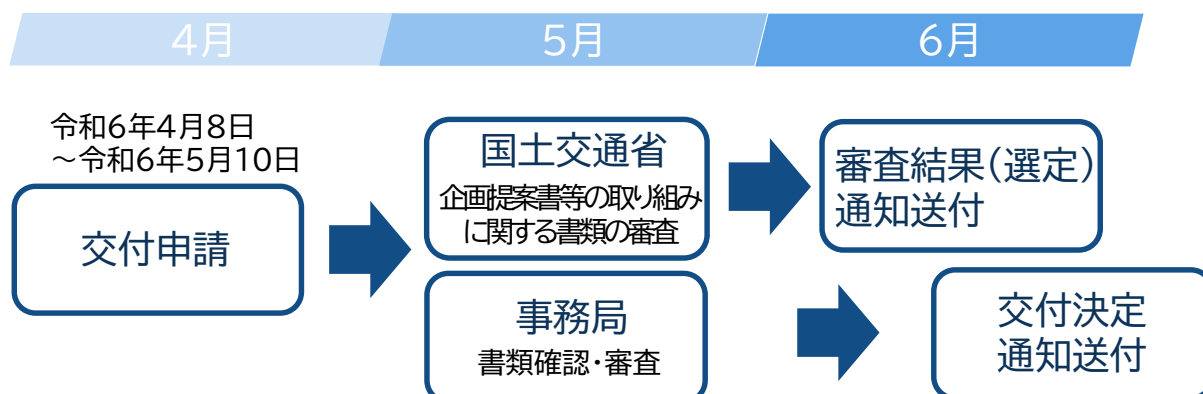
令和6年4月

自動車事故被害者支援体制等整備事業事務局

1.必ずお読みください	P 1
2.目次	P 2
3.スケジュール	P 3
4.必要書類	P 3
5.入力方法と添付書類	P 5
No3 応募者の概要【様式1】	P5
No4 企画提案書【様式2】	P6
No5 高次脳機能障害を有する者の利用状況がわかる書類	P7
No6 収支予算書	P7
No7 財務諸表	P7
No9 人材雇用費	P7
No10 求人情報発信費	P8
No11 印刷製本費	P8
No12 備品類導入費	P8
No13 研修等開催計画書	P9
No13 工程表及び諸謝金積算書(公共交通機関の場合)	P11
No13 工程表及び諸謝金積算書(車の場合)	P12
No14 研修等参加計画書	P13
No15 出張等計画書	P15
No8 計画・経費所要額調書兼収支計算書	P17
No2 交付申請総括表	P22
No1 交付申請書	P24
No16 必用書類確認書	P25
6.お問い合わせ先	P25

3 スケジュール

交付申請から交付決定通知までは以下の流れで行います。



補助対象事業者の選定基準は公募要領に記載がございます。
ご確認の上、選定基準の内容に沿った交付申請書類の作成をお願いいたします。

4 必要書類

「令和6年度社会復帰促進事業 必要書類確認書」に記載の書類を、不備・不足がないようご準備いただき、事務局まで提出してください。

費目	No	書類名	P
共通	1	交付申請書 ファイル名: 交付申請書・交付申請総括表の入力シートに入力すると作成されます。	24
	2	(別紙) 交付申請総括表 ファイル名: 交付申請書・交付申請総括表の入力シートに入力すると作成されます。	22
	3	応募者の概要【様式1】	5
		以下いずれかの書類を添付すること。 ・事業者パンフレット ・全部事項証明書 ・会社定款 ・事業指定通知書 など	6
	4	企画提案書【様式2】	6
		以下資料を添付すること。 ・事業実施手順書 ・事業実施体制図 ・事業実施工程表	6
	5	補助対象となる自立訓練事業所における公募要領2. ①で規定する高次脳機能障害を有する者の利用状況が分かる書類	7
		以下資料を添付すること。 ・保険会社による自賠責保険の後遺障害等級認定 ・後遺障害診断書の写し ・医師の診断書 など	7

4 必要書類

共通	6	過去3カ年度の収支予算書	7
	7	過去3カ年の財務諸表	7
	8	(別紙)計画・経費所要額調書兼収支計算書(ネットワーク構築支援費) ファイル名:申請書類(ネットワーク構築支援)の入力シートに入力すると作成されます。	17
		(別紙)計画・経費所要額調書兼収支計算書(自立訓練提供支援費) ファイル名:申請書類(自立訓練提供支援)の入力シートに入力すると作成されます。	17
		(別紙)計画・経費所要額調書兼収支計算書(地域連携支援費) ファイル名:申請書類(地域連携支援)の入力シートに入力すると作成されます。	17
人材 雇用費	9	① 職員名簿	7
		② 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自立訓練事業者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	7
		③ 従業者の勤務の態勢及び勤務形態一覧表その他補助対象となる自立訓練事業所における従業員の常勤換算方式による員数及び当該自立訓練事業所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	7
		④ 補助対象期間中に当該職員の雇用する計画が分かる書類(写)	7
求人情報 発費	10	補助対象期間中に求人情報発信を行う見積書(写)※	8
印刷 製本費	11	① 見積書(写)※	8
		② 当該印刷製本を行う理由及び具体的な使用方法を明記した説明書	8
備品類 導入費	12	① カタログ・パンフレット	8
		② 見積書(写)※	8
		③ 当該備品類等を導入する理由及び具体的な使用方法を明記した説明書	8
旅費 諸謝金 使用料	13	研修等開催計画書	9
		研修、講演会等の開催案内や概要	10
旅費 参加費	14	研修等参加計画書	13
		研修、講演会等の開催案内や概要	14
旅費	15	出張等計画書	15
		出張等の概要	16
	16	必要書類確認書	25

※印の書類については、消費税の取り扱いが明記されたもの

5 入力方法と添付書類

No3 応募者の概要【様式1】

様式内の見本シートを参考に入力をお願いします。

【見本】 応募者等の概要（社会復帰促進事業）																
1. 事業者の概要 <small>事業者名及び代表者名、事業の種類など、応募者の概要について記載して下さい。</small>																
事業者名：	〇〇法人〇〇〇会															
事業者所在地：	東京都〇〇区・・・															
代表者名：	〇〇 〇〇															
事業所（施設）名：	〇〇															
事業所（施設）所在地：	東京都〇〇区・・・															
事業の種類：	自立訓練（機能）、生活介護、施設入所支援、共同生活援助、短期入所・・・															
職員数：	〇〇名															
有資格者数：	<table border="0"> <tr> <td>心療職の資格を有する者</td> <td>1</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>言語聴覚士</td> <td>1</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>理学療法士</td> <td>1</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>作業療法士</td> <td>1</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>1</td> <td>名（資格名： 看護師）</td> </tr> </table>	心療職の資格を有する者	1	名	言語聴覚士	1	名	理学療法士	1	名	作業療法士	1	名	その他	1	名（資格名： 看護師）
心療職の資格を有する者	1	名														
言語聴覚士	1	名														
理学療法士	1	名														
作業療法士	1	名														
その他	1	名（資格名： 看護師）														
連携医療機関：	〇〇病院、〇〇クリニック・・・															
定員数：	〇〇 名															
利用者数：	〇〇 名うち高次脳機能障害者数 〇 名(うち自動車事故被害者 〇 名)															
利用する事業：	<input checked="" type="checkbox"/> ネットワーク構築支援 <input checked="" type="checkbox"/> 自立訓練提供支援 <input type="checkbox"/> 地域連携支援（必須）															
2. 担当者名 <small>【主担当】 連絡先となる担当者の所属、氏名、電話番号、FAX番号、メールアドレスを記載してください。</small>																
所属部署：	〇〇部〇〇課〇〇係															
氏名：	〇〇 〇〇															
電話番号：	01-2345-6789															
FAX番号：	01-2345-6789															
メールアドレス：	〇〇〇〇@〇〇〇															

① 事業者の概要

事業者名：法人名から記載してください。

事業者所在地：都道府県から記載してください。

代表者名：フルネームで記載してください。

事業所名：施設名の正式名称を記載してください。

事業所所在地：都道府県から記載してください。

事業の種類：障害者総合支援法の障害福祉サービス事業名を記載してください。

職員数：提出する職員名簿と相違ないか確認してから記載してください。

有資格者数：いずれか1名以上の配置が必須です。

連携医療機関：ない場合は「なし」と記載してください。

定員数：ない場合は「なし」と記載してください。

利用者数：申請時点の人数を記載してください。

利用する事業：チェックを入れてください。

② 担当者名

連絡先となる担当者の所属・氏名・電話番号・メールアドレスを記載してください。

No3 添付書類

以下いずれかの書類の提出をお願いいたします。

- ・事業者パンフレット
- ・全部事項証明書
- ・会社定款
- ・事業指定通知書

No4 企画提案書【様式2】

補助対象事業者を選定する際に使用する重要な書類です。
具体的に記載してください。

企画提案書（社会復帰促進事業）	
【様式2】	
1. 応募事業概要	
(1) 実施予定の事業内容について	
実施予定の事業： <input type="checkbox"/> ネットワーク構築支援 <input type="checkbox"/> 自立訓練等支援 <input type="checkbox"/> 地域連携支援(必須)	
(2) 本事業の実施内容及び実施方針について	
高次脳機能障害者の社会復帰の促進のための取り組みについて、具体的に教えてください。	
<現状と課題>	
<div style="background-color: yellow; height: 40px;"></div>	
<課題に対する取り組み>	
<div style="background-color: yellow; height: 40px;"></div>	
(3) 各事業の実施方針について	
以下の項目については、「公募要領」4.2 選定基準をご参照の上、ご記入ください。	
① 高次脳機能障害者の社会復帰促進に向けたネットワーク構築支援について、計画・検討している内容を具体的に教えてください。	
<div style="background-color: yellow; height: 40px;"></div>	
② 高次脳機能障害者の社会復帰促進に向けたネットワーク構築支援について、すでに病院と連携をとっている場合、その連携の内容について教えてください。	
<div style="background-color: yellow; height: 40px;"></div>	
③ 高次脳機能障害者の社会復帰促進に向けた自立訓練提供支援について、計画・検討している内容を具体的に教えてください。	
<div style="background-color: yellow; height: 40px;"></div>	
④ 高次脳機能障害者の社会復帰促進に向けた自立訓練提供支援について、すでに支援を行っている場合、その内容について教えてください。	
<div style="background-color: yellow; height: 40px;"></div>	
⑤ 高次脳機能障害者の社会復帰促進に向けた地域連携支援について、計画・検討している内容を具体的に教えてください。【記入必須】	
<div style="background-color: yellow; height: 40px;"></div>	
⑥ 高次脳機能障害者の社会復帰促進に向けた地域連携支援について、すでに他の事業所と連携をとっている場合、その連携の内容について教えてください。	
<div style="background-color: yellow; height: 40px;"></div>	

No4 事業実施手順書

補助対象事業者を選定する際に使用する重要な書類です。
具体的に記載してください。

書式の指定はございませんので、Word、Excel、PowerPointなどを使って第三者が見て内容がわかるよう作成してください。

No4 事業実施体制図

補助対象事業者を選定する際に使用する重要な書類です。

具体的な事業実施者名を記載してください。

書式の指定はございませんので、Word、Excel、PowerPointなどを使って第三者が見て内容がわかるよう作成してください。

■ No4 事業実施工程図

補助対象事業者を選定する際に使用する重要な書類です。

具体的に記載してください。

書式の指定はございませんので、Word、Excel、PowerPointなどを使って第三者が見て内容がわかるよう作成してください。

■ No5 補助対象となる自立訓練事業所における公募要領2. ①で規定する高次脳機能障害を有する者の利用状況が分かる書類

・該当利用者の利用契約書のうち、利用開始日・利用期間・利用者署名

・保険会社による自賠責保険の後遺障害等級認定

・後遺障害診断書の写し

・医師の診断書

など、利用者が自動車事故で高次脳機能障害になったことが第三者が見てわかる書類を提出してください。

■ No6 過去3カ年度の収支予算書

■ No7 過去3カ年の財務諸表

確定申告時に使用している書類を提出してください。

■ No9 人材雇用費 ① 職員名簿

応募者の概要【様式1】に記載の職員数と相違がないよう、ご確認いただき提出してください。

■ No9 人材雇用費 ② 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自立訓練事業者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提出してください。

■ No9 人材雇用費 ③ 従業者の勤務の態勢及び勤務形態一覧表その他補助対象となる自立訓練事業所における従業員の常勤換算方式による員数及び当該自立訓練事業所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提出してください。

■ No9 ④ 補助対象期間中に当該職員の雇用する計画が分かる書類(写)

新規採用をされる場合は提出してください。

書式の指定はございませんので、Word、Excel、PowerPointなどを使って作成してください。

■ No10 求人情報発信費 補助対象期間中に求人情報発信を行う見積書(写)

下記の点を注意していただき、ご提出ください。

- ・宛名が申請をする施設名であること
- ・費目ごと(ネットワーク構築支援費・自立訓練提供支援費・地域連携支援費)に発行されていること
- ・消費税の取り扱いが明記されていること
- ・掲載期間が年度内であること
- ・原則として契約価格10万以上であること

■ No11 印刷製本費 ① 見積書(写)

下記の点を注意していただき、ご提出ください。

- ・宛名が申請をする施設名であること
- ・費目ごと(ネットワーク構築支援費・自立訓練提供支援費・地域連携支援費)に発行されていること
- ・消費税の取り扱いが明記されていること

■ No11 印刷製本費 ② 当該印刷製本等を行う理由及び具体的な使用方法を明記した説明書

書式の指定はございませんので、Word、Excel、PowerPointなどを使って作成してください。

■ No12 備品類導入費 ① カタログ・パンフレット

購入予定の対象物がわかる資料を提出してください。

■ No12 備品類導入費 ② 見積書(写)

下記の点を注意していただき、ご提出ください。

- ・宛名が申請をする施設名であること
- ・費目ごと(ネットワーク構築支援費・自立訓練提供支援費・地域連携支援費)に発行されていること
- ・消費税の取り扱いが明記されていること

■ No12 備品類導入費 ③ 当該備品類等を導入する理由及び具体的な使用方法を明記した説明書

書式の指定はございませんので、Word、Excel、PowerPointなどを使って作成してください。

No13 研修等開催計画書 <旅費・諸謝金・使用料>

研修毎に指定様式を使用して作成してください。

年度中に開催予定で詳細が決まっていない場合は概算・見込みでかまいません。

「公共交通機関の場合」と「車の場合」がありますので、該当のシートに入力をしてください。

研修への参加及び開催に係る旅費、講師に対する諸謝金、使用料及び研修等参加費の積算方法については、国家公務員等の旅費に関する法律(昭和25年法律第114号)等の規定に準じて積算を行うものとしします。

4. 添付書類 (4) その他補助金の交付に関して参考となる書類

実施する補助対象事業の費目: ネットワーク構築支援費

見本 研修等開催計画書<公共交通機関を使用する場合>

社会福祉法人国国会自動車苑
理事長 国土 太郎

1. 研修等の概要

① 研修等の名称 : 高次脳機能障害支援者養成研修
 ② 開催日時 : 令和6年10月1日(火) 13:00 ~ 17:00
 ③ 開催場所 : (開催施設名) 社会福祉法人〇〇会 〇〇センター
 (住 所) 東京都千代田区霞ヶ関2-1-3
 ④ 参加者数 : 28名 (参加者名簿参照)
 ⑤ 講師(役職、氏名) : (役職A) 大宇准教授 (氏名A) 井上 和子
 (役職B) (氏名B)
 (役職C) (氏名C)

⑥ 研修等の内容 :
 別紙参照
 (※研修、講演会等の開催案内や概要、配布資料等を添付すること。)

⑦ 開催する研修等に期待される高次脳機能障害者の社会復帰促進への効果
 県内の医療・福祉関係機関の職員を対象に、障害特性の理解と日常的な支援での対応方法等、基礎的な研修を行い、高次脳機能障害者に対応可能な支援者を増やすための人材育成を目指す。また、当センターの機能や支援内容についても紹介し、社会復帰を目指す高次脳機能障害者が必要な時期に必要な支援を受けられるようネットワーク構築を図る。

2. 研修等の旅行行程
 別紙「行程表及び諸謝金等積算書」とおり

3. 研修等の開催に要する経費

補助対象経費の合計		補助金申請額の合計		自己負担額
会議費	補助対象経費 15,000円	補助金申請額 10,000円	自己負担額 5,000円	
会場使用料	補助対象経費 15,000円	補助金申請額 10,000円	自己負担額 5,000円	
放送機器使用料	補助対象経費 3,000円	補助金申請額 1,500円	自己負担額 1,500円	
資料費	補助対象経費 3,000円	補助金申請額 1,500円	自己負担額 1,500円	
旅費	補助対象経費 1,648円	補助金申請額 1,648円	自己負担額	
諸謝金	補助対象経費	補助金申請額	自己負担額	

※会議費・会場使用料・放送機器使用料・資料費の根拠は、見積書等のとおり
 ※旅費・諸謝金等の積算方法は、別紙「行程表及び諸謝金等積算書」とおり

1 実施する補助対象事業の費目

プルダウンリストから選択してください。

2 研修等の概要

研修等の名称 : 研修名を記載してください。詳細未定の場合は仮でも問題ございません。

開催日時 : 仮でも問題ございません。

開催場所 : 仮でも問題ございません。

参加者数 : 仮でも問題ございません。

講師 : 仮でも問題ございません。

研修等の内容： 研修のパンフレットやWEBサイトのスクリーンショット等を添付してください。無い場合は参考資料として昨年度の開催時の資料、もしくは概要をWord等で作成していただければ問題ございません。

効 果： 具体的に記載してください。

③ 研修等の旅行行程

次のシート「行程表及び諸謝金等積算書」に入力してください。

④ 研修等の開催に要する経費

補助対象経費： 自動で数字が入力されます。

会 議 費： 見積書と相違ないようにお願いします。

会 場 使 用 料： 見積書と相違ないようにお願いします。

放送機器使用料： 見積書と相違ないようにお願いします。

資 料 費： 見積書と相違ないようにお願いします。

旅 費： 自動で数字が入力されます。

諸 謝 金： 自動で数字が入力されます。

ここの数字を
**申請書類の入力シートの加算
項目(研修)イ開催の場合**
に入力してください。

■ No13 行程表及び諸謝金等積算書<公共交通機関の場合>

計画書内の氏名Aの行程を「A(公共)」シートに、氏名Bの行程を「B(公共)」に、氏名Cの行程を「C(公共)」に入力してください。

実施する補助対象経費の科目： ネットワーク構築費

氏名： 井上 和子
所属： 大学出向

氏名 行程表及び諸謝金等積算書<公共交通機関を使用する場合>
補助対象経費 (乗車券等経費)

日付	出発時刻	到着時刻	出発地	交通手段	到着地	乗車券	乗車料		乗車料		乗車料		乗車料		乗車料		乗車料	
							距離	運賃	乗車料	乗車料	乗車料	乗車料	乗車料	乗車料	乗車料	乗車料		
2024/10/1	10:22	11:02	千葉	京	湯川		48.0	824										
	18:20	19:01	湯川	京	千葉		48.0	824										

① 行程

日付：計画書と相違ないようにお願いします。

出発到着時刻：予定時間を入力してください。

出発地：駅名・停留所名を入力してください。

交通手段：路線名を入力してください。

到着地：駅名・停留所名を入力してください。

宿泊地：宿泊をする場合はプルダウンで選択してください。

② 補助対象経費

パック料金：見積書やパックプラン検索結果を添付し、相違ないようにしてください。

夕食の有無：パックのプラン内容に応じてプルダウンで選択してください。

朝食の有無：パックのプラン内容に応じてプルダウンで選択してください。

鉄道賃・航空賃

車賃(バスター)

路程：小数点第一まで入力してください。

運賃：yahoo乗換案内等の検索結果の最も安価な金額と相違ないようにお願いします。

急行料金：yahoo乗換案内等の検索結果の最も安価な金額と相違ないようにお願いします。

諸謝金

時間：開催時間数を入力してください。

定額：補助金申請額は役職により上限金額が設定されています。

宿泊料

夜数：1日の場合は「1」と記載してください。

定額：補助金申請額は役職により上限金額が設定されています。

食卓料

夜数：自動で数字が入りますので、入力しないでください。

定額：自動で数字が入りますので、入力しないでください。

■ No13 行程表及び諸謝金等積算書<車使用の場合>

計画書内の氏名Aの行程を「A(車)」シートに、氏名Bの行程を「B(車)」に、氏名Cの行程を「C(車)」に入力してください。

①

②

③

① 行程

日付：計画書と相違ないようお願いします。

出発到着時刻：予定時間を入力してください。

出発地・到着地：会社名・施設名を入力してください。

所在地：正確な住所を入力してください。

宿泊地：宿泊する場合は宿泊都市名をプルダウンで選択してください。

路程：出発地から到着地までの距離をGoogleマップ等で確認し、小数点第一まで入力してください。

高速道路等の使用有無：プルダウンで選択してください。

② 補助対象経費

事業者規定の

1kmあたりの車賃：1kmあたりの車賃を入力してください。上限金額が設定されています。

車賃：自動で数字が入りますので、入力しないでください。

諸謝金

時間：開催時間数を入力してください。

定額：補助金申請額は役職により上限金額が設定されています。

宿泊料

日数：1日の場合は「1」と記載してください。

定額：補助金申請額は役職により上限金額が設定されています。

雑費

実費：高速道路等の使用料金を入力してください。

③ 経路書

Googleマップで経路検索をした結果のスクリーンショットを貼付してください。

目的地が複数ある場合は出発地→A地点、A地点→B地点、B地点→C地点と各区間を貼付してください。

高速道路を使用する場合は利用経路の区間を明確に記載してください。例：OOIC～△△IC

■ No13 研修、講演会等の開催案内や概要

研修のパンフレットやWEBサイトのスクリーンショット等を添付してください。無い場合は参考資料として昨年度の開催時の資料、もしくは概要をWord等で作成していただければ問題ございません。

No14 研修等参加計画書 <旅費・参加費>

研修毎に指定様式を使用して作成してください。

年度中に開催予定で詳細が決まっていない場合は概算・見込みでかまいません。

「公共交通機関の場合」と「車使用の場合」がありますので、該当のシートに入力をしてください。
研修への参加及び開催に係る旅費、講師に対する諸謝金、使用料及び研修等参加費の積算方法については、**国家公務員等の旅費に関する法律(昭和25年法律第114号)等の規定に準じて積算を行うもの**とします。

① 4. 添付書類(4) その他補助金の交付に関して参考となる書類
 実施した補助対象事業の費目： 自立訓練提供支援費

見本 研修等参加計画書<公共交通機関を使用する場合>

社会福祉法人国交会自動車苑
理事長 国土 太郎

② 1 研修、講演会等の概要

① 研修、講演会等の名称 : サービス管理責任者更新研修

② 開催日時 : 令和6年10月11日(金) 13:00 ~ 16:00
 令和6年10月12日(土) 9:00 ~ 15:00

③ 開催場所 : (開催施設名) 療護センター
 (住 所) 愛知県名古屋市中区〇〇〇〇

④ 参加者(役職、氏名) : (役職A) 各種福祉士 (氏名A) 山田 学
 (役職B) (氏名B)
 (役職C) (氏名C)

⑤ 研修、講演会等の内容 :
 別紙参照
 (※研修、講演会等の開催案内や概要、配布資料等を提出すること。)

⑥ 当該研修により期待される高次脳機能障害者の社会復帰促進への効果
 障害福祉サービスの提供において利用者の社会復帰支援を実施するにあたり、必要な知識取得機会及び資格として県が実施している研修であり、特にサービス管理責任者更新研修は県内全域から福祉サービス事業所でサービス管理責任者を担っている方々が集まる場として貴重な情報交換として自立訓練の広報活動を行っている。また地域と情報を共有することで連携体系を構築することができ、利用者の地域への選択の幅が広がり社会復帰促進の効果が期待できる

③ 2 研修、講演会等の旅行行程
 別紙「行程表及び旅費積算書」のとおり

④ 3 研修、講演会等の参加に要する経費

補助対象経費の合計	53,434円	補助金申請額の合計	46,334円	自己負担額	7,100円
参加費等 補助対象経費	15,000円	補助金申請額	14,000円	自己負担額	1,000円
旅費 補助対象経費	38,434円	補助金申請額	32,334円	自己負担額	6,100円

※参加費等の根拠は、見積書等のとおり
 ※旅費の積算方法は、別紙「行程表及び旅費積算書」のとおり

① 実施する補助対象事業の費目

プルダウンリストから選択してください。

② 研修・講演会等の概要

研修等の名称：研修名を記載してください。詳細未定の場合は仮でも問題ございません。

開催日時：仮でも問題ございません。

開催場所：仮でも問題ございません。

参加者：役職はプルダウンで選択してください。

研修等の内容： 研修のパンフレットやWEBサイトのスクリーンショット等を添付してください。無い場合は参考資料として昨年度の開催時の資料、もしくは概要をWord等で作成していただければ問題ございません。

効果： 具体的に記載してください。

③ 研修等の旅行行程

次のシート「行程表及び旅費積算書」に入力してください。

④ 研修等の参加に要する経費

補助対象経費： 自動で数字が入力されます。

参加費等： 見積書や根拠書類と相違ないようにお願いします。

旅費： 自動で数字が入力されます。

ここの数字を
申請書類の入力シートの加算
項目(研修)口参加の場合
に入力してください。

■ No14 行程表及び旅費等積算書<公共交通機関の場合>

P11を参考に入力してください。

■ No14 行程表及び旅費等積算書<車使用の場合>

P12を参考に入力してください。

■ No15 出張等計画書 <旅費>

出張毎に指定様式を使用して作成してください。

年度中に開催予定で詳細が決まっていない場合は概算・見込みでかまいません。

「公共交通機関の場合」と「車使用の場合」がありますので、該当のシートに入力をしてください。
研修への参加及び開催に係る旅費、講師に対する諸謝金、使用料及び研修等参加費の積算方法については、国家公務員等の旅費に関する法律(昭和25年法律第114号)等の規定に準じて積算を行うものとしします。

4. 添付書類(4) その他補助金の交付に関して参考となる書類
 実施する補助対象事業の費目: ネットワーク構築支援費

1
見本 出張等計画書<公共交通機関を使用した場合>

社会福祉法人国交会自動車苑
 理事長 国土 太郎

2
 1. 出張等の概要

① 出張日時 : 令和6年10月15日(火) 10:01 ~ 12:11

② 出張先 : (施設名) ○○町役場
 (住所) ○○県○○市○○町1-5-5

③ 出張者(役職、氏名): (役職A) 各種療法士 (氏名A) 内田 守
 (役職B) 大学教授 (氏名B)
 (役職C) (氏名C)

④ 出張等の内容:
 別紙参照
 (※出張の概要、資料等を添付すること。)

⑤ 当該出張により期待される高次脳機能障害者の社会復帰促進への効果
 地域連携支援の基本構造の構築の為、各種事業所・市町村役場等への訪問を実施。(人材の養成や受け皿の拡充)
 その他、高次脳機能障害を多くの住民に普及させることで、就労先、地域生活での理解を進め、支え思いやる体制の構築を目標とする。

3
 2 出張等の旅行行程
 別紙「行程表及び旅費積算書」のとおり

4
 3 出張等の参加に要する経費

補助対象経費の合計	606円	補助金申請額の合計	606円	自己負担額	
旅費	606円	補助金申請額	606円	自己負担額	

※旅費の積算方法は、別紙「行程表及び旅費積算書」のとおり

(注) 出張等の旅行行程が複数ある場合には、原則として、当該出張等の旅行行程毎に本書を作成すること。また、当該様式内に必要事項が記入しきれない場合には、適宜、別の用紙を用いて作成すること。

① 実施する補助対象事業の費目

プルダウンリストから選択してください。

② 研修等の概要

出張日時 : 仮でも問題ございません。

出張先 : 1日で行く出張先名をすべて入力してください。

出張者 : 役職をプルダウンで選択してください。

研修等の内容： 研修のパンフレットやWEBサイトのスクリーンショット等を添付してください。無い場合は参考資料として昨年度の開催時の資料、もしくは概要をWord等で作成していただければ問題ございません。

効果： 具体的に記載してください。

③ 出張等の旅行行程

次のシート「行程表及び旅費積算書」に入力してください。

④ 出張等の参加に要する経費

補助対象経費： 自動で数字が入力されます。

旅費： 自動で数字が入力されます。

ここの数字を
**申請書類の入力シートの基本項目
兼 加算項目(訪問)⑤旅費**
に入力してください。

■ No8 計画・経費所要額調書兼収支計算書

No9からNo15までの内容を様式内の見本シートを参考に入力してください。

1.事業者情報

法人番号	1110352538111	郵便番号	100-8918		
文書番号	社福国第1号	受取人住所	住所	東京都千代田区霞が関2-1-3	
申請日	2024/3/10	フリガナ	トキョウトチヨダクカスミガキ		
住所	東京都千代田区霞が関2-1-3	口座名義人	氏名	社会福祉法人国交会 自動車苑 理事長 国土 太郎	
事業者名	社会福祉法人国交会 自動車苑	フリガナ	シャカイカシホクシノコウカシジドクシャエンリジチョウゴクドク		
事業所名	千代田リハビリテーションセンター	振込先金融機関	国土交通銀行	金融機関コード	0001
代表者名	理事長 国土 太郎	支店	霞が関支店	支店コード	003
税抜き申請・税込み申請の別		預金種別	普通預金		
地域連携支援の実施時間数	税抜	口座番号	123456		
	運30時間以上				

法人番号： 国税庁が指定する13桁の番号を入力してください。

文書番号： 無い場合は空欄でお願いします。

申請日： 申請書類を事務局に提出する日を入力してください。

住所： 事業所(施設)の住所を都道府県から入力してください。

事業者名： 法人名の正式名称を入力してください。

事業所名： 事業所(施設)名の正式名称を入力してください。

代表者名： 法人の代表者名を入力してください。

税抜き・税込み

申請の別： 税別を選択してください。

地域連携支援の

実施時間数： 該当する項目を選択してください。

郵便番号： 7ケタで入力してください。

受取人住所： フリガナも入力してください。

口座名義人： フリガナも入力してください。

振込先金融機関： 入力をお願いします。

金融機関コード： 入力をお願いします。

支店： 入力をお願いします。

支店コード： 入力をお願いします。

預金種別： 入力をお願いします。

口座番号： 入力をお願いします。

2. 高次脳機能障害者(患者)の受入(利用)状況

区分	延べ人数	延べ日数
診療圏	0	0
その他	0	0
今後の受入(内見)見込み人数		
診療圏		延べ日数
その他		延べ日数
合計	0	延べ日数

令和6年4月1日から交付申請日までの期間で受け入れた高次脳機能障害の方の受入(利用)状況を入力してください。

自動車事故被害者以外の方の入力もお願いいたします。

受入(利用)者：氏名を入力してください。匿名の場合はアルファベット等で表記してください。

受入開始日：令和6年4月1日以降の日付を入力してください。

受入終了日：交付申請日までの日付を入力してください。

区分：選択してください。

今後の受入見込みのべ人数：人数を入力してください。

3. 基本項目

① 人材雇用費

分類	対象職員	雇用形態	補助金対象経費	実施年月	対象月数	補助金申請額
1	A	正社員	3,600,000	令和6年4月	12	3,600,000
2	B	パート	2,160,000	令和6年4月	12	2,160,000
3	C	アルバイト	2,160,000	令和6年4月	12	2,160,000
4	D	正社員	1,800,000	令和6年9月	6	1,800,000
5	E	パート	480,000	令和6年9月	6	480,000

申請をする補助対象期間内で事業に従事している職員の雇用に係る経費を入力してください。補助対象期間は公募要領をご確認ください。

対象職員：事業に従事する氏名を入力してください。

職員名簿と申請する事業実施体制図に記載されている方が対象です。

雇用形態：正社員やパート等の雇用形態を入力してください。

補助金対象経費：給与総支給額及び賞与並びに雇用主が負担する法定福利費の見込み額

実施年月：令和6年4月以降です。当該年度途中で採用の人は採用予定月です。

対象月数：令和7年3月までの期間で、在籍している月数

②求人情報発信費

基本項目②求人情報発信費					税抜金額		消費税		税込金額		掲載日
分類	実施内容	運営会社名	サイトURL及び掲載物の名称	数量	単価	金額	単価	金額	単価	金額	
1	職員募集ウェブサイト掲載	株A	XX/XXXX.XX	1	300,000	300,000	30,000	30,000	330,000	330,000	令和6年7月25日
2	求人折り込みチラシ配布	株B	職員募集！	7	100,000	700,000	10,000	70,000	110,000	770,000	令和6年8月1日
3	求人誌掲載	C株	職員募集！	8	200,000	1,600,000	20,000	160,000	220,000	1,760,000	令和6年8月1日

本補助事業に従事する新たな職員等を雇用するための求人情報発信に係る経費を入力してください。

就職情報サイト掲載料、職業紹介手数料、新聞広告、パンフレット等の作成費、その他求人情報の発信に係る経費が対象です。

原則として、契約価格10万円以上とします。

実施内容：実施予定の求人方法を入力してください。

運営会社名：契約予定の会社名を入力してください。

サイトURL・名称：ウェブの場合は運営会社のアドレスを、紙媒体の場合は求人タイトルを入力してください。

数量：見積書と相違ないようにお願いいたします。

単価：見積書と相違ないようにお願いいたします。

掲載日：掲載予定日を入力してください。

企画内容：入力してください。

③印刷製本費

パンフレット、チラシの作成を行う場合						税抜金額		消費税		税込金額		納品日
分類	活動内容	受注社名	数量	単位	費用の別	単価	金額	単価	金額	単価	金額	
1	パンフレットの作製	A株	50	式	作製費	¥5,000	250,000	500	25,000	5,500	275,000	令和6年10月1日
2	チラシの作製	株B	200	枚	作製費	¥15	3,000	2	300	17	3,300	令和6年10月1日
3	リーフレット「リハビリ」の作製	C株	50	式	作製費	¥750	37,500	75	3,750	825	41,250	令和6年10月1日

本事業に要するパンフレット、チラシ等の印刷製本等に要する経費を入力してください。

活動内容：実施予定の作成内容を入力してください。

受注社名：契約予定の会社名を入力してください。

数量：見積書と相違ないようにお願いいたします。

単位：見積書と相違ないようにお願いいたします。

費用の別：作製費を選択してください。

単価：見積書と相違ないようにお願いいたします。

納品日：納品予定日を入力してください。

④備品類導入費

基本項目④備品類導入費						税抜金額		消費税		税込金額		納品日
分類	購入物品名	メーカー・出版社名	型番(図書コード)	数量	単位	単価	金額	単価	金額	単価	金額	
1	医学図書	株AB	XX-XXXX	2	冊	15,000	30,000	1,500	3,000	16,500	33,000	令和6年11月1日
2	医学DVD	BB株	XX-XXXX	1	部	35,000	35,000	3,500	3,500	38,500	38,500	令和6年11月1日

本補助事業に資する知識・技術向上を図るための医学図書等の備品類の導入に係る経費を入力してください。

購入物品名：本等のタイトルを入力してください。

メーカー・出版社名：入力してください。

型番(図書コード)：本の場合はISBN番号を入力してください。

数量：見積書と相違ないようにお願いいたします。

単位：見積書と相違ないようにお願いいたします。

単価：見積書と相違ないようにお願いいたします。

納品日：納品予定日を入力してください。

⑤旅費

基本項目兼加算項目(訪問)⑤旅費						
訪問先名	訪問先住所	訪問年月	旅費	補助金申請額	自己負担額	訪問先数
〇〇病院、××病院、〇×病院	東京都港区1-1、新宿区2-2、渋谷区3-3	令和6年8月1日	1200	1200	0	3
〇〇病院、××病院、〇×病院	東京都新宿区1-2、新宿区3-3、目黒区4-1	令和6年8月2日	1000	1000	0	3
〇〇病院、××病院、〇×病院	東京都新宿区1-2、新宿区3-3、目黒区4-2	令和6年8月3日	1100	1100	0	3

出張等計画書(P15～P16)で作成した「出張等の参加に要する経費」を転記してください。1枚の出張等計画書の内容を1行に記載してください。

訪問先名：訪問予定先の病院名・施設名をすべて入力してください。

訪問先住所：訪問予定先の住所をすべて入力してください。

訪問年月：訪問予定月を入力してください。

旅費：出張等計画書の旅費欄と相違ないように入力してください。

自己負担額：出張等計画書の自己負担欄と相違ないようにしてください。

訪問先数：1枚の出張等計画書で訪問した訪問先数を入力してください。

4.加算項目

- ⑤旅費 ⑥諸謝金 ⑦使用料 ⑧研修等参加費

イ 開催の場合

研修等開催計画書(P9～P10)で作成した「研修等の開催に要する経費」を転記してください。
1枚の研修等開催計画書の内容を1行に記載してください。

イ 開催の場合	研修期間		講師		旅費				諸謝金				
	研修名	開始日	終了日	役職	氏名	旅費	自己負担額	事業所負担額	補助金申請額	諸謝金	自己負担額	事業所負担額	補助金申請額
A研修		R06.7.10	R06.7.11	院長	山本 太郎	500		500	500	20,000	10,300	20,000	9,700
B研修		R06.8.1	R06.8.1	主任	交通 佐美	10,000		10,000	10,000	20,000	13,000	20,000	7,000

会場借上料詳細・会場住所等									
会場使用料	机・椅子使用料	会議費	資料費	事業所負担額	補助対象経費	自己負担額	施設名	住所	参加者数
15,000	100	-	-	15,100	15,100	-	Aホール	〇〇県〇〇市〇〇町1-14-1	30
1,000	100	-	-	1,100	1,100	-	会議室B	東京都港区〇〇171	20

- 研修名
 - 研修期間
 - 講師
 - 旅費
 - 諸謝金
 - 会場使用料
- 研修等開催計画書と相違ないように入力をしてください。

ロ 参加の場合

研修等参加計画書(P13～P14)で作成した「研修等の参加に要する経費」を転記してください。
1枚の研修等参加計画書の内容を1行に記載してください。

ロ 参加の場合	研修期間		参加者		旅費				受講料・参加費等			開催場所			
	研修名	開始日	終了日	役職	氏名	旅費	自己負担額	補助対象経費	補助金申請額	受講料・参加費	自己負担額	補助対象経費	補助金申請額	施設名	住所
C研修		R07.2.1	R07.2.1	各職種士	山本 太郎	30,000	300	30,000	29,700	5,800	-	5,800	5,800	〇〇センター	神奈川県〇〇市〇〇1-1-1
D研修		R07.3.6	R07.3.7	各職種士	山本 拓哉	20,000	300	20,000	19,700	2,000	-	2,000	2,000	△△施設	東京都〇〇区4-4

- 研修名
 - 研修期間
 - 参加者
 - 旅費
 - 受講料・参加費
 - 開催場所
- 研修等参加計画書と相違ないように入力をしてください。

5.補助金交付申請に関する担当者

ご担当者の情報を入力してください。

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 自動車部				
郵便物の送付先住所	東京都千代田区宮が間2-1-3				
担当者①	所属	役職	氏名	電話番号	e-mail
担当者①	〇〇課	係長	山本 M	03-0000-0000	jidousya@kuruma.co.jp
担当者②	〇〇課	主査	山本 X	03-0000-0000	jidousya@kuruma.co.jp

No2 交付申請総括表

No8 計画・経費所要額調書兼収支計算書 の合計額を転記してください。

**<見本> 令和6年度被害者保護増進等事業費補助金
(社会復帰促進事業) 交付申請総括表**

文書番号	
申請日	2024/4/22
住所	東京都千代田区霞が関2-1-3
事業者名	社会福祉法人国交会自動車苑
事業所名	千代田リハビリテーションセンター
代表者名	理事長 国土 太郎

(1) 【基本項目】地域連携支援実施時間数について
下記を確認し、選択してください。
地域連携支援を週30時間以上の実施 (複数人の合計可)

(2) 【基本項目】申請区分について
下記を確認し、選択してください。 区分4

区分1	地域連携支援
区分2	ネットワーク構築支援・地域連携支援
区分3	自立訓練提供支援・地域連携支援
区分4	ネットワーク構築支援・自立訓練提供支援・地域連携支援

(3) 【基本項目】補助金申請額について

ネットワーク構築支援	補助金申請額	2,000,000
自立訓練提供支援	補助金申請額	3,000,000
地域連携支援	補助金申請額	3,000,000

(4) 【基本項目】スタートアップ加算について
2024年4月1日以降に社会復帰促進事業の補助対象事業者として初めて指定された場合
スタートアップ加算

(5) 【加算項目】申請区分について
下記を確認し、○を選択してください。

区分1	ネットワーク構築支援	<input type="checkbox"/>	補助金申請額	1,000,000
区分2	地域連携支援	<input type="checkbox"/>	補助金申請額	1,000,000
区分3	研修、勉強会等 開催・参加	<input type="checkbox"/>	補助金申請額	500,000

事業者情報

文書番号 : 御社内で使用している管理番号があれば入力してください。なければ空欄でお願いいたします。

申請日 : 申請書類を事務局に提出する日を入力してください。

住所 : 事業所の住所を入力してください。

事業者名 : 法人名を入力してください。

事業所名 : 事業所名(施設名)を入力してください。

代表者名 : 法人の代表者名を入力してください。

(1)【基本項目】地域連携支援実施時間数について

プルダウンで選択してください。

(2)【基本項目】申請区分について

プルダウンで選択してください。

(3)【基本項目】補助金申請額について

No8計画・経費所要額調書兼収支計算書の別紙1-1の補助金申請額を転記してください。

補助対象経費（見込み）				対象区分（見込み）		実施年月	備考
科目（品目）、実施内容	金額	補償内容	補助金申請額	自己負担額			
(1)人件費							対象月数： 対象月数： 対象月数： 対象月数：
(2)法人機関経費							
(3)印刷費							
(4)備品購入費							メーカー保証料
(5) 旅費							訪問先住所
合 計				#VALUE!			



このセルの数字を入力してください。

(4)【基本項目】スタートアップ加算について

今年度初めて申請する事業者は○を選択してください。

(5)【加算項目】申請区分について

加算項目で申請する区分に○を選択してください。

補助金申請額はNo8計画・経費所要額調書兼収支計算書の別紙1-2の補助金申請額を転記してください。

計画・経費所要額調書兼収支計算書の別紙1-2

令和6年度被害者保護増進等事業費補助金（社会復帰促進事業（ネットワーク構築支援費））計画・経費所要額調書兼収支計算書（加算項目）						
実施する補助対象事業の内容			財源区分（見込み）		実施年月	備考
計画（題号）	実施内容	積算内容	補助金直結額	自己負担額		
(1)ネットワーク構築支援						
合計						
(2)研修・勉強会等開催・参加						
○教育 イ 開催						実施場所
□参加						実施場所
○雑費金 イ 開催						
○使用料 イ 開催						施設名 実施場所 住所
○研修等参加費 □参加						実施場所
合計						

区分1・区分2

このセルの数字を入力してください。

区分3

区分3はネットワーク構築支援・自立訓練提供支援・地域連携支援の合計かつ500,000円以下の数字を入力してください。

■ No1 交付申請書

No2 交付申請総括表の入力シートを入力すると自動で作成されます。

No16 必要書類確認書

ご提出前に書類が揃っているかご確認いただき、プルダウンで○を選択してください。

令和6年度社会復帰促進事業 交付申請必要書類確認書					
No	必 要 書 類	備 考	事業者チェック欄		
			ネットワーク協働支援員	自立訓練提供支援員	地域連携支援員
1	自動車事故被害者支援体制等整備事業（自動車事故被害者支援体制等整備事業）交付申請書	交付書（様式第1）			
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（社会復帰促進事業）交付申請書	国土交通省指定様式（Excel）			
3	応募者の概要【様式1】	以下いずれかの書類を添付すること。 なお、パンフレットがある場合にはパンフレットが望ましい。 - 応募者パンフレット - 応募者履歴明書 - 会社定款 - 事業指定通知書 など			
4	企画提案書【様式2】	以下資料を添付すること。 - 事業実施計画書 - 事業実施体制図 - 事業実施工程表			
5	補助対象となる自立訓練事業所における公募要領2、①で規定する高度技能職種等を有する者の利用状況が分かる書類	以下資料を添付すること。 - 保険会社による自費医療の後遺障害等級認定 - 後遺障害給付金の写真 - 医師の診断書 など			
6	過去3か年度の収支予算書				
7	過去3か年度の対象者数	法人全体のもの			
8	〔別紙〕令和6年度自動車事故被害者支援体制等整備事業（社会復帰促進事業）計画・経費内訳額調査表収支対照書	国土交通省指定様式（Excel）			
9	人材確保計画 ① 職員名簿 ② 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自立訓練事業所における介護給付費等の算定に係る体制等がわかる書類 ③ 従業員の前歴及び年齢形態一覧表その他補助対象となる自立訓練事業所における従業員の高齢雇用方式による員数及び高齢自立訓練事業所における人員配置状況を満たすために必要となる従業員の高齢雇用方式による員数を明らかにした書類 ④ 補助対象期間中に当該職員の雇用する計画が分かる書類（※）	② ③ 自治体に提出している書類など			
10	求人情報発信費 補助対象期間中に求人情報発信を行う見積書（※）※				
11	印刷費 ① 見積書（※）※ ② 当該印刷費を行う理由及び具体的な使用方法を明記した説明書				
12	商品頒布費 ① カタログ・パンフレット ② 見積書（※）※ ③ 当該商品頒布費を導入する理由及び具体的な使用方法を明記した説明書				
13	旅費・雑費 ① 旅費・雑費 ② 研修等を開催する場合 研修等開催計画書	国土交通省指定様式（Excel）あり 以下資料を添付すること - 研修、講習会等の開催案内や概要			
14	旅費・参加費 ① 旅費・参加費 ② 研修等に参加する場合 研修等参加計画書	国土交通省指定様式（Excel）あり 以下資料を添付すること - 研修、講習会等の開催案内や概要			
15	出張等計画書 ① 出張等計画書 ② 13・14以外各事業に必要な出張など	国土交通省指定様式（Excel）あり 以下資料を添付すること - 出張等の概要			
16	令和6年度社会復帰促進事業必要書類確認書	この用紙			

6 お問い合わせ

提出方法・書類の作成方法についてのお問い合わせは、下記のメールアドレスまでお気軽にご連絡ください。

事務局連絡先

自動車事故被害者支援体制等整備事業事務局(社会復帰促進事業)

電話番号 080-4853-7386

※電話受付時間 平日9:00~12:00、13:00~17:00まで

アドレス syakaifukki@koutsubjiko-mlit.jp