

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

【自動車事故被害者受入環境整備事業】  
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6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・定款	9
・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	10
・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
・当該年度の収支予算書・直近の財務諸表	12
・職員名簿	13
・介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表	14
・様式2(入力シート)	15~20
・様式3	21
・従業者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
・介護器具・用具等のカタログ・パンフレット	26
・入所施設支援費:見積書	27
・求人情報発信費:見積書	28
・研修等経費申請書類	29
・事務局連絡先	29

## 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6年度 補助金交付申請必要書類確認書

自動車事故被害者受入環境整備事業（継続経費）

#### (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	自動車事故被害者受入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在宅重度後遺障害者の利用状況がわかる書類	利用契約書（入居契約書等）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	-			
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2-2】	継続経費用「様式2-2」			
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者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者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	賃金改善費 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第48条の3第1項の規定による登録を受けていることを証する書類若しくは補助対象となる国の会計年度中に当該登録を受ける具体的な見込みのある者であることを証する書類	-			
16	厚生労働省において実施する令和6年度 処遇改善計画書（新加算及び旧3加算）の各計画書	申請する施設単体かつ対象サービス名の金額がわかるもの			
17	入所施設 介護器具・用具等のカタログ・パンフレット（写）	-			
18	支援費 見積書（写）	発注者名が法人名だけでなく施設名も入っているもの			
19	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体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			
20	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			
21	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			
22	共通 この用紙	書類提出前の確認用書類のため、提出不要			

※ 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。

- 賃金改善費を申請される場合、No.13～16の書類を添付
- 入所施設支援費を申請される場合、No.17～18の書類を添付
- 求人情報発信費を申請される場合、No.19の書類を添付
- 研修等経費を申請される場合、No.20～21の書類を添付

#### 事務局チェック欄

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6年4月1日以降に開設  
新設等支援費  
([5ページ](#)へ)

令和5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	自動車事故被害者受入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入居状況が分かる書類	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	12
9		職員名簿	13
10		介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表	14
11		事業計画調書【様式2】	15~20
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	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	新規施設 支援費	介護器具・用具等のカタログ・パンフレット(写)	26
18		見積書(写)	27
19	求人情報 発信費	見積書(写)	28
20	研修等経費	研修等への参加計画書	29
21		研修等開催計画書	29
22	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	自動車事故被害者受入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入居状況が分かる書類	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	12
9		職員名簿	13
10		介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表	14
11		事業計画調書【様式2】	15~20
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	23
16	入所施設 支援費	厚生労働省において実施する 令和6年度処遇改善計画書(新加算及び旧3加算)の各計画書	25
17		介護器具・用具等のカタログ・パンフレット(写)	26
18	求人情報 発信費	見積書(写)	27
19		見積書(写)	28
20	研修等経費	研修等への参加計画書	29
21		研修等開催計画書	29
22	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。

- ①申請書類の提出日をご入力ください。
- ②応募者欄に事業者住所、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6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 社会福祉法人〇〇 障害者支援施設□□ 理事長 国土 太郎
<b>自動車事故被害者受入環境整備事業応募申請書</b>	
令和6年度被害者保護増進等事業費補助金（自動車事故被害者受入環境整備事業）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）※ホームページにて自動生成されます。	
(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	

法人名・事業所名・住所、該当サービス名が申請内容と合致していることをご確認ください。

該当サービス名

・障害者支援施設の場合:「生活介護」「施設入所」

・グループホームの場合:「共同生活援助」

様式第2号(第2条関係)

第 年 月 日 号

様

(株)

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	



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●●●●●●	令和□□年□□月□□日変更
	株式会社□□□□□□	令和□□年□□月□□日登記
本店	□□県□□市□□町□□□□	
公告する方法	□□□□□□	
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□□  
定款

第一章 総則

(目的)  
第一条 XXXXXXXXXXXX

第二条 XXXXXXXXXXXX

## 05 共通:利用(入居)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要件としている入居者の入居状況が明記されている。
- 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【様式2】の記載の入所日(P15参照)が一致している。

※利用契約書の契約日と様式2の入所日が異なる場合は、追加で入所日が確認できる書類をご提出ください。

①

<p>入居(利用)契約書</p>	<p>② 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。</p>
	<p>③ 契約締結日                  年   月   日</p> <p>契約者氏名 事業者     (事業者名)     (住所)     (代表者名)                                  印</p> <p>利用者     (住所)     (氏名)    印</p> <p>代理人又は立会人等     (住所)     (氏名)    印     (続柄)</p>

### ※様式2

③

(自動車事故による) 重度後遺障害者	事故年月日	入所年月日(予定日)
①	年 月 日	年 月 日
②		
③		

## 06 共通: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

以下の書類のうち、いずれかの書類をご提出ください。

- ・保険会社による自賠責保険の後遺障害等級認定  
保険会社によって、自賠責保険の後遺障害等級1級,2級に認定されていることが証明できる書類  
(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 種に認定されていることが証明できる書類
- ・裁判判決記録  
記載内容が明確であり、自動車事故により重度後遺障害者となったことが証明できる書類

## 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。)
- ・**必ず**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

## 07 共通:当該年度の収支予算書

申請事業者の当該年度の収支予定を表す書類をご提出ください。

収支予算書				
会社名 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				

## 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	850,000		
受取配当金	470,000		
為替差益	100,000		
その他	0		
営業外費用			
		1,220,000	

貸借対照表			
(平成__年__月__日現在)			
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	未払法人税等	0
在庫品	0	預り金	0
前払費用	0	賞与引当金	0
繰延税金資産	0	製品保証引当金	0
短期貸付金	0	その他	0
未収金	0		
その他有価証券	0	固定負債	0
貸倒引当金	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		
構築物	0		
機械器具	0		

申請事業所(施設)名、申請事業所の全職員の人数、氏名、職種が確認できる書類をご提出ください。  
□施設従業者名簿にフォーマット指定はございません。

## 障害者支援施設〇〇寮

職員名簿		
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

※施設従業者名簿の例

# 10 共通:介護給付等の算定に係る体制等状況一覧表

申請事業所の「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。

□該当サービス(施設入所、共同生活援助など)の記載がある書類をご提出ください。

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 児童区分 [※1]	人員配分 [※2]	その他数回する体制等
		地域区分 1. 一般域 2. 二郡域 3. 三郡域 4. 四郡域 5. 五郡域 6. 六郡域 7. 七郡域 28. その他
	1. Ⅱ型 [6-1] 2. Ⅱ型 [10-1] 3. Ⅰ型 [4-1] 4. Ⅱ型 [6-1] 11. 日中支援Ⅰ型 [13-1] 12. 日中支援Ⅱ型 [14-1] 13. 日中支援Ⅲ型 [15-1]	施設区分 1. 介護サービス施設型 2. 外傷サービス利用型 3. 日中サービス支援型 1. なし 2. 児童9人以上 3. 児童21人以上 4. 児童21人以上(一休制を運営が行われている場合)
		大前課長等 [※3]
		職員欠勤 1. なし 2. あり
		サービス管理責任者欠勤 1. なし 2. あり
		福祉専門職員配分等 1. なし 2. 0 3. Ⅱ 4. Ⅲ 5. Ⅳ
		福祉・療育等支援体制 1. なし 2. あり
		福祉職員配分体制 1. なし 2. あり
		視覚支援等体制 1. なし 2. Ⅰ 3. Ⅱ 4. Ⅲ 5. Ⅳ 6. Ⅴ 7. Ⅵ 7. Ⅶ 8. Ⅷ 9. Ⅷ
		聴覚支援等体制(※4) 知的障害児体制 1. なし 2. Ⅱ 3. Ⅲ 4. Ⅳ 5. Ⅴ 6. Ⅵ 7. Ⅶ 8. Ⅷ 9. Ⅷ 10. Ⅷ 11. Ⅷ
		聴覚障害児支援体制 1. なし 2. あり
		発達障害者支援職員配分 [※10]
		地域生活移行支援 1. なし 2. あり
		精神障害者地域移行体制 1. なし 2. あり
		発達障害者地域移行体制 1. なし 2. あり
		発達障害者地域移行体制(※11) 支援職員配分 1. なし 2. あり
		医療連携体制(※12) [※13] 1. なし 2. あり
		消費生活支援 1. なし 2. あり
		医療科ケア育成支援体制 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

**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。
  - 開設日は自動で和暦に反映されるため、西暦でご入力ください。  
例)令和6年4月1日開設の場合⇒「2024/4/1」
  - 人材雇用費を申請する場合、開設日がシート「別紙 算出書」(P16参照)に反映されているかをご確認ください。

**申請日時点における入居者の状況・自動車事故重度後遺障害者数**

- ②施設の定員数・総入所者数(予定数含む)・自動車事故による重度後遺障害者数をすべてご入力ください。
  - 数字のみご入力ください。
  - 「0」の場合は「0」とご入力ください。

**自動車事故重度後遺障害者情報**

- ③下記、(注)に該当する入居者のみ、事故年月日・入所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。
  - 入所年月日は利用契約書の利用開始日に合わせてご入力ください。
  - 利用契約書の契約日と入所日が異なる場合は、追加で入所日が確認できる書類をご提出ください。

1

事業者名 (法人名)	〇〇法人〇〇会
事業所名 (施設名)	障害者支援施設●●寮
事業所所在地	東京都〇〇区・・・
開設日	令和7年1月1日

2

1. 入所予定者数

定員(人)	総入所者数(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 後遺障害者の入所者割合	補助率 (%)
15	10	3	30%	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	③ 事故年月日	入所年月日(予定日)
①	昭和〇年〇月〇日	昭和〇年〇月〇日
②	平成〇年〇月〇日	平成〇年〇月〇日
③	令和2年4月1日	令和4年9月1日

## 11 新設等支援費:事業計画調書【様式2-1】(人材雇用費)

- ①数字のみをご入力ください。
- ②金額が下記の別シート「別紙算出書」から反映されていることをご確認ください。

### 2. 補助申請予定額

#### ①人材雇用費

		②		
①	必要人員配置人数	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(人材雇用費)

- ①職員の職種欄に生活支援員や介護職員等の職種をご入力ください。
- ②雇用形態欄に正社員・パート・アルバイト等の雇用形態をご入力ください。
- ③雇用開始年月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。  
 例)令和6年4月1日開設の場合⇒「2024/4/1」  
開設日と雇用開始年月が正しく入力されないとき、⑥補助対象月数は反映されません。  
 (開設日は様式2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給与支払予定額欄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補助金対象経費に金額が反映されているのをご確認ください。

別紙：算出書

		開設日		令和7年1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	④ 給与金額 (給与支払予定額)			⑥ 補助対象月数	⑤ 補助金対象経費
				令和6年12月	令和7年1月	令和7年2月		
1	A	正社員	令和6年12月	200,000円	20,000円	200,000円	3	420,000円
2	B	パート	令和6年12月	200,000円	200,000円	200,000円	3	600,000円
3	C	アルバイト			200,000円	200,000円	2	400,000円
4	D	正社員	令和7年1月		200,000円	200,000円	2	400,000円
5	E	パート	令和7年2月			200,000円	1	200,000円
6								円
7								円
8								円
9								円
10								円
合計							11	2,020,000円



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6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てご入力ください。

③「処遇改善加算の見込額(円)(2)」は、「旧3加算(4・5月分)」、「新加算6月以降分」、「年度内に区分の変更がある場合」の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。

「加算未選定事業者用の処遇改善加算様式7」を使用の事業者は4行目にご入力ください。

すべて数字のみをご入力ください。

2. 補助申請予定額					
①賃金改善費		必要人員配置人数：	42.4	常勤換算後の数：	44.8
	②賃金改善費の総額(円)(1)	③改善加算等の総額(円)(2)	左記(1) - (2)	補助申請予定額(①)	
旧3加算(4・5月分)	40,000,000円	9,000,000円	31,000,000円	15,500,000円	
新加算6月以降分	10,000,000円	9,000,000円	1,000,000円	500,000円	
年度内に区分の変更がある場合	5,000,000円	4,000,000円	1,000,000円	500,000円	
加算未選定事業者用 処遇改善加算様式7の場合	4,000,000円	3,000,000円	1,000,000円	500,000円	
<b>合計</b>	<b>59,000,000円</b>	<b>25,000,000円</b>	<b>34,000,000円</b>	<b>17,000,000円</b>	

(注) 厚生労働省において実施する提出済みの『令和6年度処遇改善加算様式』を参照し、

- 「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記入してください。
- 「処遇改善加算の見込額(円)(2)」は、「旧3加算(4・5月分)」、「新加算6月以降分」、「年度内に区分の変更がある場合」の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記入してください。
- 加算未選定事業者用処遇改善加算様式7を提出している事業者は4行目に記入してください。

- ①見積書と比較し、購入機器名、メーカー名、型番、数量に間違いがないようご入力ください。
- ②各機器が“令和6年度末時点の重度後遺障害者数(A+B)”以下の数量になっていることをご確認ください。  
各機器の単位をご入力ください。  
見積書に1式でまとめられている場合は見積書に合わせて「式」でご入力ください。
- ③納品予定日欄には補助対象期間内(令和6年度中)の日付であることをご確認ください。  
補助対象期間外の場合、補助対象外となります。
- ④見積書を確認し、購入予定価格は税抜きでご入力ください。

1式になっている場合も内訳にて同じ種類の物品が重度後遺障害者数を超えている場合、対象外となります。

例)重度後遺障害者数1名

介護浴槽1式 内訳:介護浴槽1台、担架2台、ストレッチャー2台の場合  
 介護浴槽1台、担架1台、ストレッチャー1台が補助対象となります。

②入所施設支援費					
①	購入物品名	数量	納品予定日	購入予定価格(税抜き:円)	補助申請予定額(②)
	介護用リフト	② 1台	③ 令和6年〇月予定	④ 10,000,000円	5,000,000円
					円
					円
					円
					円
					円
					円
					円
					円
					円
	合計			10,000,000円	5,000,000円

(注) 1. 数量は自動車事故による重度後遺障害者の入所者数(入所予定者含む)以下とします。

## 11 共通:事業計画調書【様式2-1,2-2】(求人情報発信費)

- ①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。
- ②実施予定時期(開始予定日・終了予定日)の日付が、補助対象期間内(令和6年度中)になっていることをご確認ください。  
□いずれかが補助対象期間外の場合、補助対象外となります。
- ③契約予定価格を税抜きで金額をご入力ください。

③ 求人情報発信費				
①	②		③	
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○ ○○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
				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。



- ① 事業者名(法人名)と事業所名(施設名)に【様式2】と一致した内容をご入力ください。
- 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・効果の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。

【様式3】					
令和6年度 自動車事故被害者受入環境整備事業 成果・効果 調書 (記載例)					
①	事業者名(法人名)	社会福祉法人〇〇			
	事業所名(施設名)	障害者支援施設 〇〇苑			
②	1. 申請している経費に○をつけてください。				
甲	新設等支援費	人材雇用費	新規施設支援費	求人情報発信費	研修等経費
経	継続経費	賃金改善費 ○	入所施設支援費 ○	求人情報発信費	研修等経費 ○
費					
③	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。)				
	<p>【記載例】</p> <p>※現在は〇〇、××といった問題点が生じているが、(医療・介護機器に関しては具体的な機器名、人件費補助)を導入することにより、△△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)</p> <p>※(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</p> <p>一例：現在は、重度後遺障害者の施設内の移動等に関しては、職員3名で対応するなど多数の人員を配置していたが、介護リフトを導入することにより、職員1名で対応することが可能となることから、職員配置や業務効率が改善され、その分の職員が他の重度後遺障害者への対応が可能となる。</p>				
	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。)				
	<p>【記載例】</p> <p>※医療機器購入の補助により、現在入所中以外の自動車事故による重度後遺障害者へも活用でき、当該施設の受入環境が整備される(人件費・研修等経費の補助により、入所者への喀痰吸引等の医療行為が可能となり、夜間の体制が整備される)など、次年度以降も新たな自動車事故による重度後遺障害者の入所者の受入が可能(見込める)となる。 など</p>				
	<p>注1. 上記内容については、補助対象事業者を選定する上で、大変重要な項目になります(補助目的と合致しているか等の確認など)ので、詳細かつ具体的に記載願います。</p> <p>注2. 補助対象事業者を選定させていただいた場合には、自動車事故による重度後遺障害者やその御家族への情報提供を目的として、記載内容を当省HP等において公表いたします。</p> <p>注3. 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。</p>				

## 13 人材雇用費・賃金改善費：従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

申請事業者の「従業者等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障害者支援施設等における従業者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者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。

従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表(令和×年×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				介護サービス割類型(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				◎	◎		◎	◎	◎		◎	◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎

## 14 人材雇用費・賃金改善費：介護給付費等の算定に係る体制等に関する届出書

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			
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	(7桁)		
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

下記2点のいずれか従業者1人分の書類をご提出ください。

**【免許証】**

- ① 医師又は看護師若しくは准看護師。
- ② 免許証に記載された名前が「職員名簿」に職員名として記載されていることが必要です。

**【喀痰吸引登録証・研修修了証明書】**

- ・登録証に記載の事業者名と相違がないかご確認ください。
- ・登録証に記載された名前が「職員名簿」に職員名として記載されていることが必要です。
- 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。

①

<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border-bottom: 1px dashed black; width: 100%; height: 100%;"></div> </div>	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="margin-bottom: 10px;">②</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">看護太郎</div> <div style="margin-bottom: 5px;">〇〇県</div> <div>看護師免許証</div> </div>
--	--

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。

例)給与明細、労働条件通知書、賃金台帳等

令和7年3月31日までに支払いが完了している、若しくは完了する必要があります。

総支給額が補助対象です。

賞与は総支給額が確認できる書類を提出可能な場合に対象です。

株式会社〇〇〇〇		給与支給明細書				社員番号：	
2022年〇月度						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



# 賃金改善費:厚生労働省において実施する 令和6年度処遇改善計画書(新加算及び旧3加算)の各計画書

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ご提出ください。

- 申請する施設単体の金額がわかる書類をご提出ください。
- Excelファイルでの提出をお願いいたします。

別紙様式2-3 個票(令和6年6月以降分)

法人名

**【記入上の注意】**

- ・記入箇所は **ピンク色** **グレー色** のセルだけです。
- ・ **ピンク色** のセルには、原則として全て記入してください。
- ・ **グレー色** のセルの入力は必須ではありませんが、可能な限り入力してください。

介護職員等処遇改善加算(見込額)の合計【円】 (別紙様式2-12(1)(a)の内訳)		0	円
うち、介護職員等処遇改善加算Ⅳ相当の1/2(見込額)の合計【円】(別紙様式2-13(1)①の内訳)		0	円
うち、新たに通知する旧ベースアップ等加算相当の見込額【円】(別紙様式2-13(2)①の内訳)		0	円
うち、令和5年度に通知する加算額の見込額(令和5年度改定での加算率の引上げ及び新加算への移行によるもの)(別紙様式2-12(1)(b)の内訳)		0	円
(参考)令和5年度と比較し、令和7年度に通知する加算額の見込額(令和5年度改定での加算率の引上げ及び新加算への移行によるもの)		0	円

**【記入上の注意】**

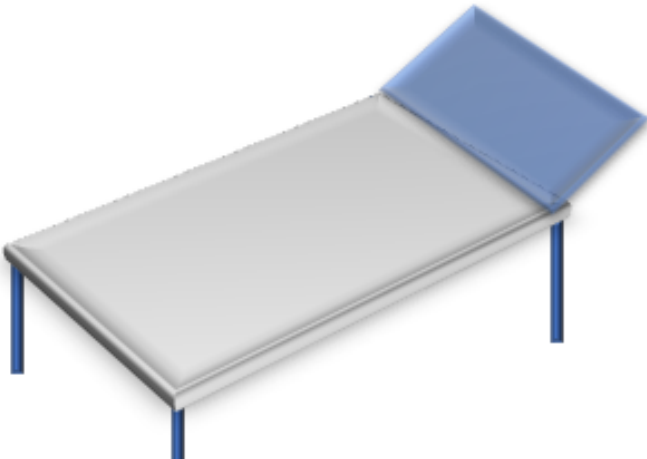
- ・「令和5年度と条件を変えずに移行した場合は、令和6年6月当分のうちに令和5年度と条件を変えずに移行できる場合を含む。したがって、令和5年度にキャリアパス要件【～Ⅱ】を満たしていない場合であって、令和6年度中に要件を満たすことの発効を要する場合も含む。
- ・加算の条件とは異なりません。令和6年4・5月の加算率の合計と比較して、令和6年6月以降の加算率が低くなっている場合は、加算率が赤字で表示されます。
- ・加算の条件とは異なりません。赤字で表示されます。新加算Ⅰ～Ⅳ(別紙様式2-4で色の付いたセルに記入)

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	処遇改善等 単位数(単位) (a)	1単位 あたりの 単価【円】 (b)	令和6年4・5 月時点の 旧3加算の 区分	合計の 加算率	(参考)令和5年 度と条件を変え ずに移行した場 合の新加算の区 分  (カッコ内は6月以 降改定可能な新加 算Ⅳの区分(上記 と異なる場合))	加算率	算定する 新加算の区分	加算率 (c)	算定対象月 (d)  ※通常は令和5年5月～令和7年3月	新加算の 見込額【円】 (a×b×c× d)	令和6年度 に増加する 加算額の見 込額 (令和5年度 の加算率と 比較)	(参考) ①月額賃金 (令和7年)	新加算Ⅳ相 当の見込額の 1/2
		都道府県	市区町村															
1												令和6年度の算定予定 (参考)令和7年度の移行予定		令和6年6月～令和7年3月(10ヶ月)				0
2												令和6年度の算定予定 (参考)令和7年度の移行予定		令和6年6月～令和7年3月(10ヶ月)				0
3												令和6年度の算定予定 (参考)令和7年度の移行予定		令和6年6月～令和7年3月(10ヶ月)				0

申請した器具の写真・名称・型番が確認できる書類をご提出ください。

株式会社〇〇器具

介護ベッド スペシャルスリープ



安心・安全。介護を笑顔に。  
シンプルだけど寝心地抜群。安全機能も充実。

介護ベッド スペシャルスリープ  
型番：ZZZZ-ZZZZZZ  
価格：xxxxxx円（税別）

## 18 入所施設支援費:見積書

- ①申請する事業所(施設)名が分かる見積書をご提出ください。  
見積書に記載されている施設が申請いただいた施設以外の場合は、申請の対象外となります。
- ②機器名を【様式2】の購入物品名にご入力ください。
- ③税抜き金額(単価)を【様式2】の購入予定価格にご入力ください。  
工事費・設置費・搬入費は補助の対象外となります。工事費等を除く金額の記載を【様式2】にご入力ください。  
納品日・支払い日が補助対象期間内(令和6年度中)の必要があります。

### 御見積書

20XX年X月X日  
株式会社××

①

社会福祉法人〇〇  
障害者支援施設□□ 様

合計金額：¥ 1,000,000 (税抜)

③

②

品名	数量	単位	単価	金額	備考
特殊浴槽A	1	式	¥ 1,000,000	¥ 1,000,000	

## 19 求人情報発信費:見積書

- ① 申請する施設名が記載されている見積書をご提出ください。  
 募集する施設が申請された施設以外の場合は、申請の対象外となります。  
 申請する施設名が記載された見積書をご提出ください。
- ② サービス名を【様式2】の実施内容にご入力ください。
- ③ 実施期間を【様式2】の開始予定日と終了予定日にご入力ください。  
 実施期間・支払い日が補助対象期間内(令和6年度中)の必要があります。
- ④ 税抜き金額(単価)を【様式2】の契約予定価格にご入力ください。

### 御見積書

20XX年X月X日  
株式会社★★

①

社会福祉法人〇〇  
障害者支援施設□□ 様

合計金額：¥		100,000 (税抜)			
② 品名	③ 期間	④ 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		

## 20 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の記載されている書類をご提出ください。  
例)研修、講演会等の開催案内や概要、配布資料等  
旅費及び雑費を申請する場合は積算根拠を記載した書類(フォーマット指定なし)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。
- ②研修の実施日・支払い日が補助対象期間内(令和6年度中)の必要があります。  
基本は会社から会場が旅費の対象ですが、研修開始時間等の関係もあり、自宅から会場への旅費も対象となります。

## 21 研修等経費:研修等開催計画書

下記内容が確認できる書類をご提出ください。

- 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の記載されている。  
例)研修、講演会等の開催案内や概要、配布資料等  
旅費及び雑費を申請する場合は積算根拠を記載した書類(フォーマット指定なし)をご提出ください。
- ②研修の実施日・支払い日が補助対象期間内(令和6年度中)の必要があります。  
講師への報酬は謝金であれば対象になります。  
ただし、講師が従業者の場合、賃金そのものとして支払うのであれば、対象外です。

## 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  
(自動車事故被害者受入環境整備事業)  
事務局受付時間 平日のみ 9:00~17:00  
【Eメール】ukeirekankyou@koutsujiko-mlit.jp  
【電話番号】080-9442-9379