

介護職員処遇改善支援補助金 処遇改善計画書

1 基本情報

フリガナ	シャカイフクシホウジン キアイカイ			
法人名	社会福祉法人 希愛会			
法人所在地	〒	904-2153		
	沖縄県沖縄市美里6丁目25番38号			
フリガナ	チネン キョウミ			
書類作成担当者	知念 京美			
連絡先	電話番号	098-989-9866	E-mail	ryuwa.k@plum.ocn.ne.jp

2 賃金改善計画について

①介護職員処遇改善支援補助金の見込額(令和6年2~5月分)	424,676	円	
②賃金改善の見込額(令和6年2~5月分)(右欄の額は①欄の額以上となること)	424,686	円	← <input type="checkbox"/>
③基本給等による賃金改善の見込額(令和6年4・5月分)			
i) 介護職員処遇改善支援補助金の見込額(令和6年4・5月分)	212,338	円	(100.00) % ← <input type="checkbox"/>
ii) 賃金改善の見込額(令和6年4・5月分)	212,347	円	
iii) うち、基本給等による賃金改善の見込額(令和6年4・5月分) (右側の額は i 欄の額の2/3以上となること)	212,347	円	
介護職員の賃金改善の見込額(参考)	164,318	円	
うち、基本給等による改善の見込額	164,318	円	(100.00) %
(一月あたり)	82,159	円	
その他の職員の賃金改善の見込額(参考)	48,029	円	
うち、基本給等による改善の見込額	48,029	円	(100.00) %
(一月あたり)	24,015	円	

【記入上の注意】

- ・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変動があり得る。
- ・本様式では下記の要件を確認しており、オレンジセルが「○」でない場合、補助金の交付要件を満たしていない。
I 補助金による賃金改善の見込額が補助金による収入額(補助金の見込額)以上となること
II 令和6年4・5月分の補助金額の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計画になっていること
- ・②「賃金改善の見込額」には、補助金により賃金改善を行った場合の法定福利費等の事業主負担の増加分を含めることができる。

3 補助金以外の部分で賃金水準を引き下げないことについて

2の賃金改善を行うに当たり、処遇改善支援補助金による賃金改善以外の部分で賃金水準を引き下げないことを下欄へのチェック(✓)により誓約すること。

✓	処遇改善支援補助金による賃金改善以外の部分で賃金水準を引き下げません。	← <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	----------------------------

【記入上の注意】

- ・「処遇改善支援補助金による賃金改善以外の部分で賃金水準を引き下げない」とは、①「令和6年2月から5月の処遇改善支援補助金を除いた賃金総額」と②「令和5年2月から5月の賃金総額」を比較し、①が②以上であることをいう。実績報告書では、これらの賃金額の具体的な記載を求めため、詳細な考え方は、別紙様式3-1(実績報告書)3を参照すること。
- ・サービス利用者数の大幅な減少等の影響により、結果として加算以外の部分で賃金下がった場合には、その事情を別紙様式5「特別な事情に係る届出書」により届け出ることと算定要件を満たすこととする。
- ・ただし、事業規模の縮小に伴う職員数・賃金総額の減少等、やむを得ない事情がある場合には、それらの影響を除くため、②「令和5年2月から5月の賃金総額」の額を調整しても差し支えないこととする。

4 介護職員処遇改善支援補助金により賃金改善を行う賃金項目及び方法

①賃金改善を行う給与の種類	ベースアップ等 (必ず選択)		基本給		決まって毎月支払われる 手当(新設)	<input checked="" type="checkbox"/>	決まって毎月支払われる手当 (既存の手当の増額)		
	上記以外 (必ず選択)		手当(新設)	<input checked="" type="checkbox"/>	手当(既存の 増額)		賞与	該当なし(全て基 本給等)	その他 ()
②具体的な取組内容	(当該事業所における賃金改善の内容の根拠となる規則・規程)								
			就業規則の見直し	<input checked="" type="checkbox"/>	賃金規程の見直し		その他 ()		
	(賃金改善に関する規定内容) ※上記の根拠規程のうち、賃金改善に関する部分を抜き出すこと。								
「琉和の森」短期入所生活介護事業所 琉和の森」2事業所の合計金額を合わせて支給する。 ・既存の手当の増額として支給する。(2月～6月分の労働時間にて支給) 介護職員(正職)月額1,895円～4,215円 介護職員(パート)月額2,465円～3,814円 その他職員(正職・非常勤)月額3,584～4,215円 その他職員(パート)月額1,528～2,464円 ・処遇改善支援補助金による収入が上回る場合、その差額は既存の手当の増額と同様に労働時間に応じて支給する。									
③ベースアップの実施予定	<input checked="" type="checkbox"/>	実施する	実施しない場合、 やむを得ない事情						
		実施しない							

5 要件を満たすことの確認・誓約等

以下の点を確認し、満たしている項目に全てチェック(✓)すること。

確認項目	証明する資料の例
<input checked="" type="checkbox"/> 令和6年2月分から賃金改善を実施しています。	—
<input checked="" type="checkbox"/> 令和6年2月分から5月分のベースアップ等加算を算定する又は4月分以降算定を行う予定です。	ijio
<input checked="" type="checkbox"/> 補助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、賃金規程
<input checked="" type="checkbox"/> 補助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"/> 補助金の対象となる職員の勤務体制を確認しました。	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"/> 職員への賃金改善を行う時期については、従来の処遇改善加算の支払時期と揃えることが望ましいことについて、確認しました。	—
<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

- 令和6年2月からの介護職員処遇改善支援補助金の支払に係る沖縄県国民健康保険団体連合会から沖縄県への支払口座情報の提供に同意します。(別紙様式2-2 ③に「○」を付けた場合、この欄への「✓」は不要です。)
- 計画書の記載内容に虚偽がないこと及び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 6 年 4 月 8 日

法人名 社会福祉法人 希愛会
 代表者 職名 理事長 氏名 宮里 敏行

【記入上の注意】

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

(確認用)提出前のチェックリスト

以下の項目に「×」がないか、提出前に確認すること。「×」がある場合、当該項目の記載を修正すること。

基本情報入力シートについて	
提出先の都道府県に所在する事業所・施設についてのみ記載している	<input type="radio"/>
2 賃金改善計画について	
② 賃金改善の見込額が介護職員処遇改善支援補助金の見込額以上となっている	<input type="radio"/>
③ 基本給等による賃金改善の見込額(令和6年4・5月分)が補助金の見込額(令和6年4・5月分)の2/3以上となっている	<input type="radio"/>
3 補助金以外の部分で賃金水準を引き下げないことについて	
処遇改善支援補助金による賃金改善以外の部分で賃金水準を引き下げないことの誓約を行っている	<input type="radio"/>
4 介護職員処遇改善支援補助金により賃金改善を行う賃金項目及び方法	
「賃金改善を行う賃金項目及び方法」について、チェック(✓)が入っていない項目か、空欄の項目がない	<input type="radio"/>
5 要件を満たすことの確認等	
要件を満たすことの確認について、チェック(✓)が入っていない項目がない	<input type="radio"/>
誓約について、空欄の項目がない	<input type="radio"/>
別紙様式2-2(補助金)	
債権譲渡の事業所の国保連口座が「振込先口座」になっていない	<input type="radio"/>
国保連口座か、債権譲渡事業所用の振込口座として別途登録した口座のうち、「振込先口座」が1つだけ選択されている	<input type="radio"/>
①の債権譲渡の事業所がないのに、③の債権譲渡の届出口座が「○」になっていない	<input type="radio"/>

法人名	社会福祉法人 希愛会
-----	------------

介護職員処遇改善支援補助金額(見込額)の合計[円](e)	424,676
うち、令和6年4・5月分の補助金額(見込額)の合計[円](f)	212,338

【記入上の注意】

- ・処遇改善支援補助金計画書は、提出先の都道府県内に所在する事業所・施設であれば法人一括での作成が可能であり、全体で補助金額以上となる賃金改善等の要件を満たしていれば足りること。
- ・事業所の数が多く、1枚に記載しきれない場合は、適宜、行を追加すること。
- ・介護報酬ファクタリング等のサービスを利用し、介護給付費等の債権譲渡を行っている事業所がある場合、①の列で該当するものに「○」を付けること。
- ・補助金の支払は、原則として、国保連合会に登録している介護給付費等の振込先口座のうちいずれかに、都道府県ごと、法人ごと振り込まれる。
- ・そのため、振込先の希望を、②と③の全体で1つだけ選択すること。具体的には、
 - ・②の列で、①の債権譲渡以外の事業所の「国保連合会の振込先口座」への振込を希望するか、
 - ・別途、都道府県の指定する様式で法人・事業所の振込先の口座情報等を都道府県に届け出た上で、③に「○」を付けること。

通し番号	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	ベースアップ等加算の算定有無(令和6年4月から算定見込みである場合を含む)	一月あたり介護報酬総単位数[単位](a)	1単位あたりの単価[円](b)	交付率(%) (c)	交付対象期間(d)	介護職員処遇改善支援補助金の見込額		①債権譲渡の有無(該当するものに「○」)	②のいずれか又は③に○(全体で1つのみに「○」)		
			都道府県	市区町村								うち、令和6年4・5月分の補助金の見込額[円](e) (a×b×c×d)	うち、令和6年4・5月分の補助金の見込額[円](f) (e×1/2)		②国保連合会に登録している口座のうち、振込先の希望	③債権譲渡がある場合、別途届け出た口座	
1	4790400057	沖縄市	沖縄県	沖縄市	地域密着型介護老人福祉施設 琉和の森	地域密着型介護老人福祉施設	○	946,061	10.00	0.9%	令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)	340,580	170,290	—	○	—	○
2	4770400879	沖縄県	沖縄県	沖縄市	短期入所生活介護事業所 琉和の森	(介護予防)短期入所生活介護	○	233,606	10.00	0.9%	令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)	84,096	42,048	—	—	—	○
3							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—		
4							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—		
5							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—		
6							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—		
7							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—		
8							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—		
9							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—		
10							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—		
11							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—		
12							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—		
13							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—		
14							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—		
15							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—		
16							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—		
17							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—		
18							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—		
19							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—		
20							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—		

誓約書

沖縄県知事 殿

私は、令和5年沖縄県介護職員処遇改善事業補助金交付要綱(令和6年3月14日付け子高第1751号)第6条の規定に基づく補助金交付申請を行うにあたり、下記の事項について誓約します。

なお、この誓約に違反又は相違があり、同交付要綱第16条第2項の規定に基づき返還を、命じられたときは、これに意義なく応じることを誓約いたします。

併せて、知事が必要と認めた場合には、暴力団員又は暴力団員と密接な関係を有する者であるか否かの確認のため、沖縄県警察本部へ照会がなされることに同意いたします。

記

- 自己又は自社の役員等(※)は、次のいずれにも該当するものではありません。
 - 暴力団員(暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号。以下「法」という。)第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。)又は暴力団(法第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。)関係者
 - 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者
 - 暴力団又は暴力団員に対して、資金を供給し、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、もしくは関与している者
 - 暴力団員であることを知りながらこれを不要に利用するなどしている者
 - 暴力団員と密接に交際し、社会的に非難されるべき関係を有している者
- 暴力団又は暴力団員が、その経営に実質的に関与している法人その他の団体又は個人ではありません。

令和 6 年 4 月 8 日

所在地	沖縄県沖縄市美里6丁目25番38号
法人名	社会福祉法人 希愛会
代表者職氏名	理事長 宮里 敏行

※法人その他の団体にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名を記入すること。

※この誓約書における「役員等」とは、法人にあつては非常勤を含む役員及び支配人並びに営業所の代表者、その他の団体にあつては法人の役員と同様に責任を有する代表者及び理事等、個人にあつてはその者及び支店又は営業所を代表するものをいう。