

第1号様式

第 号

令和〇年〇月〇日

新潟県知事 〇〇 〇〇 様

補助事業者住所 **新潟市中央区新光町4番地1**

名称

--	--	--	--	--

代表者の職、氏名 **施設長** □□ □□

事業所ごとに申請いただくため、施設長名で申請願います。

令和〇年度介護人材確保推進事業費補助金の交付について（申請）

標記補助金を下記のとおり交付されるよう、新潟県補助金等交付規則第3条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1 申請額 金 **70,000** 円

補助金申請額（3枚目のH欄の金額）を記入してください。

2 添付書類 ・〇〇

・〇〇

⋮

（注）所要額調書、事業計画書、歳入歳出予算（見込）書抄本その他の添付書類は、その都度別に定める。

処遇改善アップグレード支援事業

1 実施要領第3の1(1)「実施要領2の2の記載の事業の実施」

実施事業	実施の有無 (はい/いいえ/不明)	事業概要
キャリア段位制度の アセッサー講習の受講	実施する	講演会の実施
新人介護職員に対するエ ルダー・メンター制度導 入による人材育成		
専門的な相談員(社会保 険労務士など)による介 護職員等処遇改善加算の 新規取得や上位加算取得 にかかる個別の助言・指 導等		

実施する事業を選択し、事業概要を記入してください。

2 実施要領第3号の1(2)「他の補助金の交付を受けないこと」

上記1に記載の実施予定の事業と同趣旨の事業による補助金等の交付を

受けていない

※「受けている」又は「受ける予定」の場合は、具体的な補助金等の名称及び金額を記載

名称		
金額	計	円
	上記概要	

3 実施要領第2の2「対象事業等」の表中「介護職員等処遇改善加算取得要件」

現行の届出区分 (下記いずれかを選択してください)

介護職員等処遇改善加算	II
-------------	----

事業実施後の届出区分(予定) (下記いずれかを選択してください)

介護職員等処遇改善加算	I
-------------	---

4 実施要領第4(3)～(6)

実施する事業にかかる資料を添付

様式第1号

5 処遇改善アップグレード支援事業経費積算書

(単位：円)

対象研修等	総事業費 A	寄付金 その他収入額 B	差引額 C (A-B)	補助対象 経費 D	CとDのうち 少ない額 E	基準額 F	補助率 G	補助金交付 申請額 H
アセッサー講習受講	23,230	0	23,230	23,230	23,230			
エルダー・メンター 制度導入								
小計					23,230	200,000	2/3	15,000
専門的な相談員による 個別の助言・指導等	55,500	0	55,500	55,500	55,500	200,000	10/10	55,000
合計								70,000

それぞれで単数切り捨て

※アセッサー講習受講、エルダー・メンター制度導入の場合、H欄には、「(EとFのうち少ない額) × 2/3」で求められた値を記入してください。千円未満の端数が生じた場合は切り捨ててください。

※専門的な相談員による個別の助言・指導等の場合、H欄には、「(EとFのうち少ない額)」で求められた値を記入してください。千円未満の端数が生じた場合は切り捨ててください。

補助金申請するものについて、
記載例を参考に記入してください。
(左記はアセッサー講習受講1名と専門的な相談による個別の助言・指導等を行った場合の記載例になります。)
※A欄には事業実施に係る全経費
D欄にはその内補助対象経費となる経費を記入してください

様式第 1 号

6 補助金振込口座登録

金融機関	〇〇銀行		支店名	〇〇支店	
口座種別	普通				
口座番号	1234567				
口座名義	(カタカナ)				
	シヤカイ フクシホ ウジン〇				
	(漢字)	社会福祉法人〇〇			

補助金振込口座を記入してください。
 ※申請事業所名義又は申請者の属する法人名義の口座でない場合は、別途「委任状」が必要となります。

7 連絡先

(担当者) 部署・役職・氏名	法人本部 事務長 新潟花子
TEL	×××-×××-××××
FAX	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇
電子メール	△△△△@△△.△

本書類作成者のご連絡先を記入してください。

