令和8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

【在宅療養環境整備事業】
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8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・目次

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

・必要書類確認書(新設支援費) 3
・必要書類確認書(継続支援費) 4
・施設開設時期別　必要書類について 5～7
・応募申請書 8
・指定(更新)通知書 9
・全部事項証明書・定款 10
・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 11
・自動車事故被害者が要件を満たしているか確認できる書類 12
・当該年度の収支予算書 13
・直近の財務諸表 14
・従業者名簿 15
・介護給付等の算定に係る体制等状況一覧表 16
・事業計画調書【様式2】 17～22
・成果効果調書【様式3】 23
・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 24
・補助対象となる介護事業所等における従業員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員の常勤換算方式による員数を明らかにした書類 24
・介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書 24
・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 25
・人材雇用費/人材継続雇用費:補助対象従業者の雇用契約書 26
・人材雇用費/人材継続雇用費:補助対象従業者の給与明細書等 27
・補助対象従業者の賃金総額の根拠がわかる計算書 28
・人材雇用費/人材継続雇用費:法定福利費の積算内訳がわかる書類 29～30
・人材雇用費/人材継続雇用費:処遇改善計画書 31
・求人情報発信費:求人情報掲載料・新聞広告・パンフレット作成等の見積書(写) 32
・求人情報発信費:職業紹介および採用課金型求人費の金額の計算根拠が確認できる書類 33
・研修等経費申請書類 34
・研修等参加(開催)計画書 35～40
・事務局連絡先 41

必要書類確認書

必要書類確認書（新設支援費）

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
5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８年度　補助金交付申請必要書類確認書

在宅療養環境整備事業（新設支援費）

（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	共通	在宅療養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 公募時提出できない場合、開設日のわかる書類			
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重度後遺障害者の利用状況がわかる書類	利用契約書（居宅介護、重度訪問介護契約書等）の写し 利用開始日、利用者署名、利用期間（予定を含む）の明記があるもの			
6		「保険会社による自賠責保険の後遺障害等級認定通知書」若しくは「自動車事故対策機構の介護料受給者資格認定通知書」	書類の準備ができず、自賠責保険金（共済金）等の請求が行われている場合は、要件への該当可否について確認いたしますので、事務局までご連絡ください。 ※本項目の申請以外での等級確認はいたしかねます。			
7		当該年度の収支予算書	－			
8		直近の財務諸表	前年度がない場合は施設を開設したことが分かる書類			
9		従業者名簿	施設名が明記されている書類			
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２－１】	新設支援費用「様式２－１」			
12		成果・効果調書【様式３】	－			
13	人材雇用費	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表	自治体に提出している書類			
14		補助対象となる介護事業所等における従業員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	自治体に提出済みの各加算申請時提出書類や介護給付費算定に係る書類のうち、**事業計画調書**に記載した『**必要人員配置人数**』と『**常勤換算後の数**』が明記されている各自治体の指定様式等 ※従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表にて確認できる場合は不要			
15		介護給付費等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			
16		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	公募申請時に見込証明書を提出する場合は、交付申請時に要件を満たしていることが確認できる書類を提出すること。			
17		補助対象従業者の雇用契約書	雇用年月日、対象事業所で介護職として働いていることがわかる書類 派遣労働者に係る経費を申請する場合 ・労働者派遣個別契約書（写）等 公募申請時に雇用又は派遣契約をしていない場合は、交付申請時に要件を満たしていることが確認できる書類を提出すること。			
18		公募申請時までの補助対象従業者の給与明細または賃金台帳および賞与明細	対象従業者の給与総額、処遇改善加算額および事業者負担による賃金改善額の内訳が確認できる書類 ※賞与等の各手当に処遇改善手当を充当している場合は、その内訳が確認できる書類 ※派遣労働者に係る経費を申請する場合は、派遣会社への総支払額が確認できる書類			
19		開設１ヶ月前～令和９年３月までの補助対象従業者の賃金総額の根拠がわかる計算書	※賃金総額の計算書に、フォーマットの指定はありません。 ※法定福利費も併せて申請する場合 ・法定福利費の積算内訳がわかる書類（指定様式）			
20		厚生労働省において実施する提出済みの「別紙様式2　介護職員等処遇改善加算 処遇改善計画書（令和８年度）」	自治体に提出済みの法人作成のもの ※EXCEL形式のままご提出ください。 ※補助対象期間中に処遇改善加算の申請を予定していない場合は提出不要			
21	求人情報発信費	求人情報掲載料・新聞広告・パンフレット作成等の見積書（写）	法人単位ではなく申請する施設単位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			
22		職業紹介および採用課金型求人費の金額の計算根拠が確認できる書類	見積書（写）、紹介会社との契約書（写）および計算書（写）、有料職業紹介料金表（写）等			
23	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			
24		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			

※　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。
　　人材雇用費を申請される場合、№13～20の書類を添付
　　求人情報発信費を申請される場合、№21～22の書類を添付
　　研修等経費を申請される場合、№23～24の書類を添付

国土交通省チェック欄	
確認日	
担当者	

必要書類確認書

必要書類確認書（継続支援費）

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
5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８年度　補助金交付申請必要書類確認書

在宅療養環境整備事業（継続支援費）

（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	共通	在宅療養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重度後遺障害者の利用状況がわかる書類	利用契約書（居宅介護、重度訪問介護契約書等）の写し 利用開始日、利用者署名、利用期間（予定を含む）の明記があるもの			
6		「保険会社による自賠責保険の後遺障害等級認定通知書」若しくは「自動車事故対策機構の介護料受給者資格認定通知書」	書類の準備ができず、自賠責保険金（共済金）等の請求が行われている場合は、要件への該当可否について確認いたしますので、事務局までご連絡ください。 ※本項目の申請以外での等級確認はいたしかねます。			
7		当該年度の収支予算書	－			
8		直近の財務諸表	－			
9		従業者名簿	施設名が明記されている書類			
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】	継続支援費用「様式２－２」			
12		成果・効果調書【様式３】	－			
13	人材継続雇用費	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表	自治体に提出している書類			
14		補助対象となる介護事業所等における従業員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	自治体に提出済みの各加算申請時提出書類や介護給付費算定に係る書類のうち、**事業計画調書**に記載した『**必要人員配置人数**』と『**常勤換算後の数**』が明記されている各自治体の指定様式等 ※従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表にて確認できる場合は不要			
15		介護給付費等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			
16		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	公募申請時に見込証明書を提出する場合は、交付申請時に要件を満たしていることが確認できる書類を提出すること。			
17		補助対象従業者の雇用契約書	雇用年月日、対象事業所で介護職として働いていることがわかる書類 ※派遣労働者に係る経費を申請する場合 ・労働者派遣個別契約書（写）等			
18		公募申請時までの補助対象従業者の給与明細または賃金台帳および賞与明細	対象従業者の給与総額、処遇改善加算額および事業者負担による賃金改善額の内訳が確認できる書類 ※賞与等の各手当に処遇改善手当を充当している場合は、その内訳が確認できる書類 ※派遣労働者に係る経費を申請する場合は、派遣会社への総支払額が確認できる書類			
19		令和8年4月～令和9年3月までの補助対象従業者の賃金総額の根拠がわかる計算書	※賃金総額の計算書に、フォーマットの指定はありません。 ※法定福利費も併せて申請する場合 ・法定福利費の積算内訳がわかる書類（指定様式）			
20		厚生労働省において実施する提出済みの「別紙様式2　介護職員等処遇改善加算 処遇改善計画書（令和８年度）」	自治体に提出済みの法人作成のもの ※EXCEL形式のままご提出ください。			
21	求人情報発信費	求人情報掲載料・新聞広告・パンフレット作成等の見積書（写）	法人単位ではなく申請する施設単位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			
22		職業紹介および採用課金型求人費の金額の計算根拠が確認できる書類	見積書（写）、紹介会社との契約書（写）および計算書（写）、有料職業紹介料金表（写）等			
23	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			
24		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			

※　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。
人材継続雇用費を申請される場合、No.13～20の書類を添付
求人情報発信費を申請される場合、No.21～22の書類を添付
研修等経費を申請される場合、No.23～24の書類を添付

事務局チェック欄	
確認日	
担当者	

施設開設時期別　必要書類

施設開設時期別　必要書類について

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8年4月1日以降に開設
新設支援費
（6ページへ）

令和8年3月31日以前に開設
継続支援費
（7ページへ）

施設開設時期別　必要書類

施設開設時期別　必要書類一覧表：新設支援費

❶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。
❷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。
❸書類名：必要書類の名称です。
❹ページ：本手引書で❸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。）

新設支援費			
番号 ❶	費目 ❷	書類名 ❸	ページ ❹
1	共通	在宅療養環境整備事業応募申請書	8
2		応募者の概要【様式1】	※1
3		指定（更新）通知書	9
4		全部事項証明書または会社定款	10
5		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	11
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	12
7		当該年度の収支予算書	13
8		直近の財務諸表	14
9		従業者名簿	15
10		介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表	16
11		事業計画調書【様式2-1】	17～22
12		成果・効果調書【様式3】	23
13	人材雇用費	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表	24
14		補助対象となる介護事業所等における従業員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員の常勤換算方式による員数を明らかにした書類	※2
15		介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書	24
16		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	25
17		補助対象従業者の雇用契約書	26
18		公募申請時までの補助対象従業者の給与明細または賃金台帳および賞与明細	27
19		開設1か月前～令和9年3月までの補助対象従業者の賃金総額の根拠がわかる計算書	28～30
20		厚生労働省において実施する提出済みの令和8年度処遇改善計画書	31
21	求人情報発信費	求人情報掲載料・新聞広告・パンフレット作成等の見積書（写）	32
22		職業紹介および採用課金型求人費の金額の計算根拠が確認できる書類	33
23	研修等経費	研修等への参加計画書	34～40
24		研修等開催計画書	34～40

※1 登録時に自動生成されるため、提出不要です。
※2 No.13の書類に記載の必要人員配置人数と事業計画調書【様式2-1】に記載の必要人員配置人数が同じ場合は、提出不要です。

施設開設時期別　必要書類

施設開設時期別　必要書類一覧表：継続支援費

❶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。
❷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。
❸書類名：必要書類の名称です。
❹ページ：本手引書で❸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。）

継続支援費			
番号 ❶	費目 ❷	書類名 ❸	ページ ❹
1	共通	在宅療養環境整備事業応募申請書	8
2		応募者の概要【様式1】	※1
3		指定（更新）通知書	9
4		全部事項証明書または会社定款	10
5		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	11
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	12
7		当該年度の収支予算書	13
8		直近の財務諸表	14
9		従業者名簿	15
10		介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表	16
11		事業計画調書【様式2-2】	17～22
12		成果・効果調書【様式3】	23
13	人材継続雇用費	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表	24
14		補助対象となる介護事業所等における従業員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員の常勤換算方式による員数を明らかにした書類	※2
15		介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書	24
16		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	25
17		補助対象従業者の雇用契約書	26
18		公募申請時までの補助対象従業者の給与明細または賃金台帳および賞与明細	27
19		令和8年4月～令和9年3月までの補助対象従業者の賃金総額の根拠がわかる計算書	28～30
20		厚生労働省において実施する提出済みの令和8年度処遇改善計画書	31
21	求人情報発信費	求人情報掲載料・新聞広告・パンフレット作成等の見積書（写）	32
22		職業紹介および採用課金型求人費の金額の計算根拠が確認できる書類	33
23	研修等経費	研修等への参加計画書	34～40
24		研修等開催計画書	34～40

※1 登録時に自動生成されるため、提出不要です。
※2 No.13の書類に記載の必要人員配置人数と事業計画調書【様式2-2】に記載の必要人員配置人数が同じ場合は、提出不要です。

01 共通

在宅療養環境整備事業応募申請書

❶初回書類提出日の日付をご入力ください。
❷応募者欄に事業所(施設)住所、法人名、施設名、代表者の役職・氏名をご入力ください。

❶

令和８年　　○月　　○日

株式会社　博報堂プロダクツ　宛て

❷

応募者　住 所　東京都千代田区・・・
　　名 称　社会福祉法人○○
　　障害者支援施設□□
　　理事長　国土　太郎

在宅療養環境整備事業応募申請書

令和８年度被害者保護増進等事業費補助金（在宅療養環境整備事業）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）※申請システムにて自動作成されます。
(2) 事業計画調書（新設支援費（様式２－１）または 継続支援費（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

03 共通

自治体発行の指定(更新)通知書

❶申請内容と事業者名・代表者名・住所が一致している書類をご提出ください。
❷申請内容と事業所名・所在地・サービスの種類が一致している書類をご提出ください。

※新設支援費(令和8年4月1日以降に開設事業所のみ)を申請する場合は、開設日の記載があることをご確認のうえ、ご提出をお願いいたします。



様式第２号(第２条関係)

第　　号
年　月　日

様

❶

㊞

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

❷ 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		

04 共通

全部事項証明書または会社定款

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

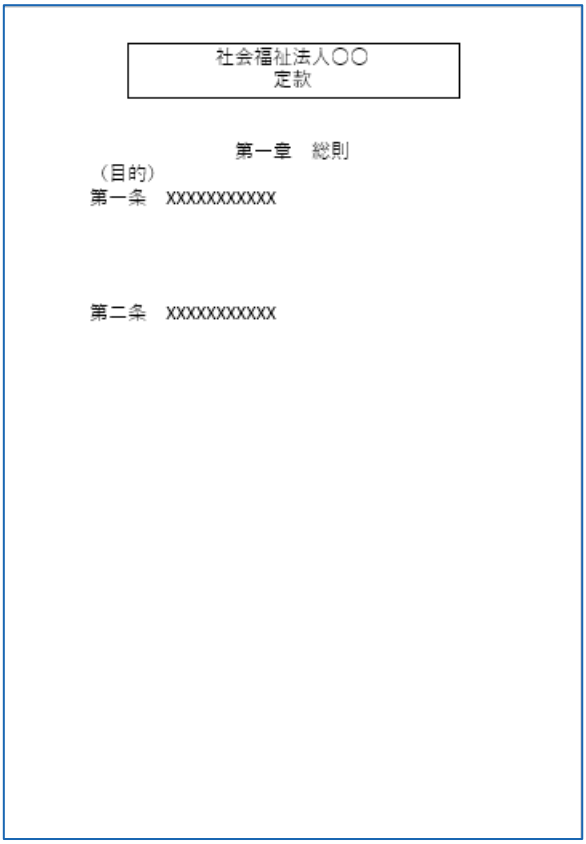
□□県□□市□□町□□□□
●●●●●●株式会社
会社法人等番号○○○○-○○-○○○○○○

商号	株式会社●●●●●●	
	株式会社□□□□□□	令和□□年□□月□□日変更
		令和□□年□□月□□日登記
本店	□□県□□市□□町□□□□	
公告をする方法	□□□□□□	
会社成立の年月日	令和□□年□□月□□日	
目的	1.□□□ 2.○○○ 3.△△△	
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●●●●●	
登記記録に関する事項	設立　令和□□年□□月□□日	

これは登記簿に記載されている閉鎖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　XXXXXXXXXX

第二条　XXXXXXXXXX

05 共通

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

以下のすべてを満たしている書類をご提出ください。

❶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。
❷利用開始日、利用者署名、利用期間(予定を含む)が明記されている。
❸利用契約書記載の利用開始日と事業計画調書【様式2-1,2-2】の利用(契約締結)年月日が一致している。

※利用契約書に利用開始日の記載がない場合は契約締結日と事業計画調書【様式2-1,2-2】に記載の日付が一致するようお願いいたします。

❶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。

❷契約締結日　　年　月　日

契約者氏名
事業所
（事業所名）
（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）　　印
（続柄）

※事業計画調書【様式2-1,2-2】

❸

（自動車事故による）重度後遺障害者	事故年月日	利用（契約締結）年月日（予定日）
①		
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できる書類

以下の書類のうち、いずれかの書類を提出してください。

・保険会社による自賠責保険の後遺障害等級認定
自動車損害賠償保障法施行令別表第一第2級以上に認定されたと確認できる保険会社発行の書類
（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等）

・自動車事故対策機構の介護料受給者記録 等
（独）自動車事故対策機構（ナスバ）によって介護料を受け取っていることが確認できる書類
例）介護料支払決定通知書、または介護料受給資格認定通知書　等

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。）

以下必ずご確認いただきご提出ください。
・自賠責保険に請求されていることを利用者もしくは利用者のご家族に確認のうえご提出ください。
・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

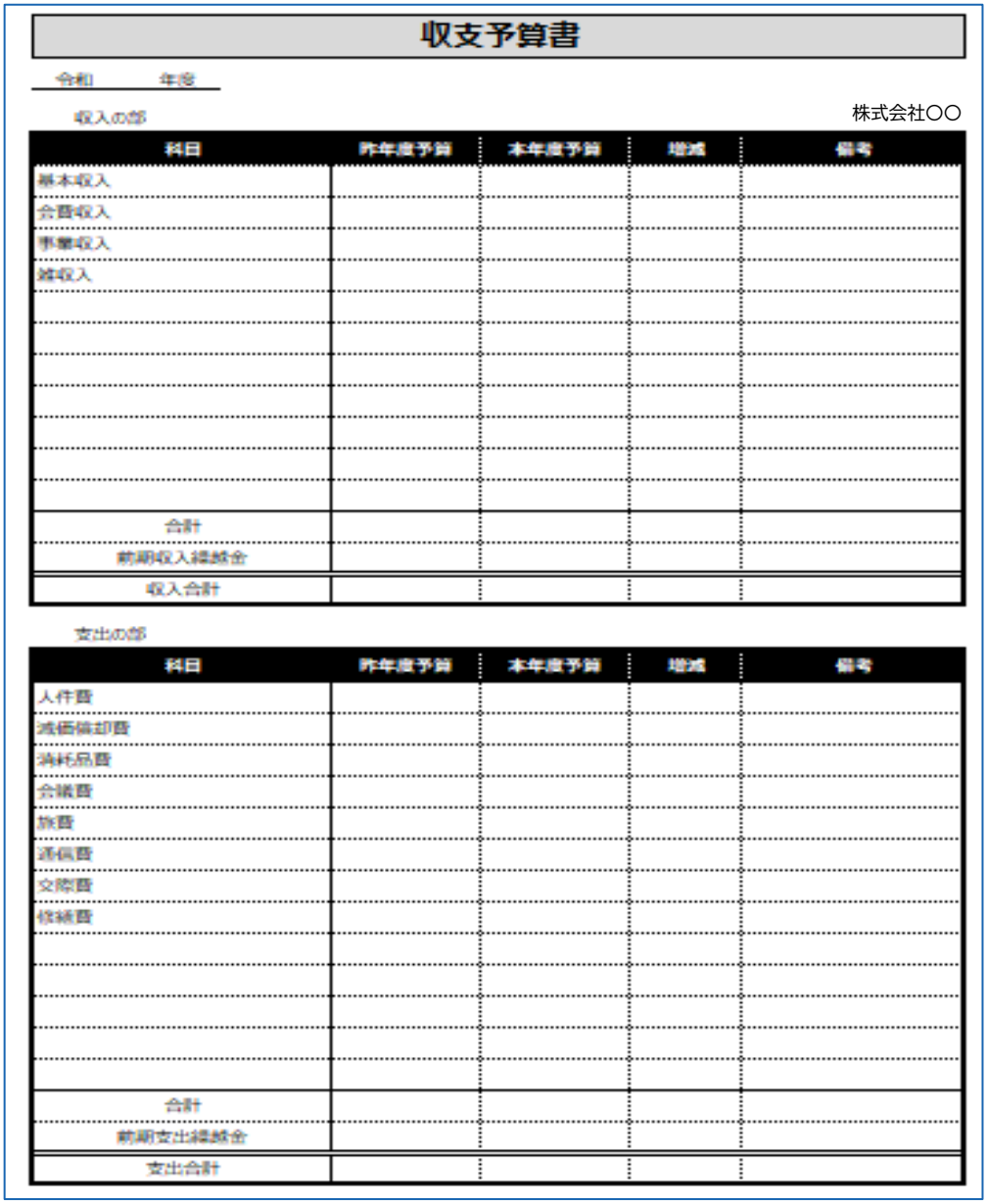
氏名：山田　太郎
フリガナ：ヤマダ　タロウ
性別：男性
生年月日：19XX年X月X日
事故年月日：20YY年Y月Y日

本人の情報開示の同意：済
自賠責保険の請求：有

07 共通

当該年度の収支予算書

申請事業者の法人名が記載されている当該年度の収支予定を表す書類または、最新の収支予定を表す書類をご提出ください。



収支予算書

令和　　年度

収入の部　　株式会社〇〇

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

申請事業者の法人名が記載されている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。

※新設支援費を申請する事業者様において、前年度がない場合は、当該施設を開設したことがわかる書類をご提出ください。

損益計算書

（自　令和 _年__月__日　至　令和 _年__月__日）

株式会社〇〇　　（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		

貸借対照表

（令和 _年__月__日 現在）

株式会社〇〇　　（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
部品	0	未払法人税等	0
前払費用	0	預り金	0
繰延税金資産	0	賞与引当金	0
短期貸付金	0	製品保証引当金	0
未収入金	0	その他	0
その他	0		
貸倒引当金	0	固定負債	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		

09 共通

従業者名簿

❶申請事業所の全職員の人数がわかるように記載してください。
❷申請事業所の全職員の氏名を記載してください。
❸申請事業所の全職種を記載してください。
❹申請事業所(施設)名を記載してください。

□施設従業者名簿にフォーマット指定はございません。

❹従業者名簿

訪問介護〇〇センター

❶ No.	❷ 従業者氏名	❸ 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

❶申請事業所（施設）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（居宅介護、重度訪問介護）の記載がある書類をご提出ください。

❶

介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表

多段階区等 支援区分（※1）	人員配置区分（※2）	その他該当する体制等	
		地域区分	1．一級地　2．二級地　3．三級地　4．四級地　5．五級地 6．六級地　7．七級地　8 5．その他
	1．Ⅰ区分（5:1） 2．Ⅱ区分（10:1） 3．Ⅰ区分（4:1） 4．Ⅱ区分（5:1） 1 1．日中支援Ⅰ区分（3:1） 1 2．日中支援Ⅱ区分（4:1） 1 3．日中支援Ⅲ区分（5:1）	施設区分	1．介護サービス包括型　2．外部サービス利用型　3．日中サービス支援型
		大規模拠点（※9）	1．なし　2．定員8人以上　3．定員21人以上 4．定員21人以上（一体的な運営が行われている場合）
		夜勤体制	1．なし　2．あり
		サービス管理責任者欠如	1．なし　2．あり
		夜勤専門職員配置等	1．なし　3．Ⅱ　4．Ⅲ　5．Ⅰ
		視覚・聴覚等支援体制	1．なし　2．あり
		重度障害者配慮体制	1．なし　2．あり
		夜間支援等体制	1．なし　2．Ⅰ　3．Ⅱ　4．Ⅲ　5．Ⅰ・Ⅱ　6．Ⅰ・Ⅲ 7．Ⅱ・Ⅲ　8．Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ
		夜間支援等体制加算Ⅰ加算Ⅱ体制	1．なし　2．Ⅳ　3．Ⅴ　4．Ⅵ　5．Ⅳ・Ⅴ 6．Ⅳ・Ⅵ　7．Ⅴ・Ⅵ　8．Ⅳ・Ⅴ・Ⅵ
		夜勤職員加配体制	1．なし　2．あり
		重度障害者支援職員配置（※10）	1．なし　2．あり
		地域生活移行個別支援	1．なし　2．あり
		精神障害者地域移行体制	1．なし　2．あり
		強度行動障害者地域移行体制	1．なし　2．あり
		強度行動障害者体験利用加算職員配置	1．なし　2．あり
		医療連携体制加算（Ⅻ）	1．なし　2．あり
		視覚障害者支援	1．なし　2．あり
		医療的ケア対応支援体制	1．なし　2．あり
		初任・介護職員処遇改善加算対象	1．なし　2．あり
		初任・介護職員処遇改善特別加算対象	1．なし　2．あり

11 共通

事業計画調書【様式2-1,2-2】

事業者情報

❶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「指定通知書」に記載されている「指定更新年月日」の日付をご入力ください。
自動で和暦に変換されるため、西暦でご入力ください。
例）令和8年4月1日開設の場合⇒「2026/4/1」

申請日時点における利用者の状況・自動車事故重度後遺障害者数

❷施設の総利用者数（予定数含む）・自動車事故による重度後遺障害者数をご入力ください。
人数は数字のみご入力ください。

自動車事故重度後遺障害者情報

❸下記、（注）に該当する方の事故年月日・利用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。
障害者手帳の等級とは異なります。
利用（契約締結）年月日は利用契約書の利用開始日に合わせご入力ください。
利用開始日を確認できる書類がない場合は、利用契約書の契約日に日付を合わせ
ご入力ください。

❶

事業者名（法人名）	
事業所名（施設名）	
事業所所在地	
開設日	

1．利用者数

❷

総利用者数（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利用者割合	補助率（%）
		#DIV/0!	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。

❸

（自動車事故による）重度後遺障害者	事故年月日	利用（契約締結）年月日（予定日）
①		
②		
③		

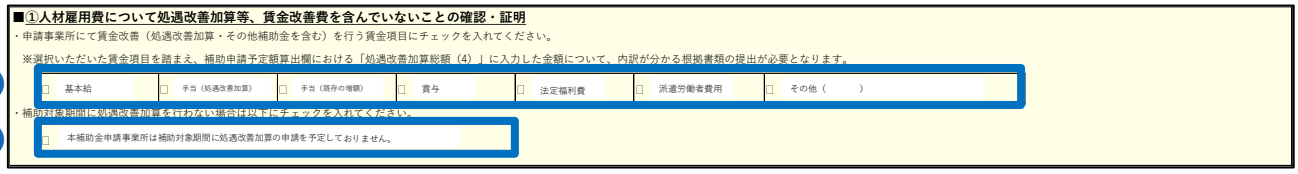
11 新設支援費 / 継続支援費

事業計画調書【様式2-1,2-2】

人材雇用費/人材継続雇用費

❶申請事業所にて賃金改善(処遇改善加算・その他補助金を含む)を行う賃金項目にチェックをご入力ください。
□選択いただいた賃金項目を踏まえ、補助申請予定額算出欄における「処遇改善加算総額(4)」に入力した金額について、内訳がわかる根拠書類の提出が必要となります。

❷人材雇用費を申請される事業所で補助対象期間に処遇改善加算の申請を予定していない場合はチェックをご入力ください。
※補助対象期間中に処遇改善加算の申請を行い、賃金改善の予定がある場合は、事務局にご連絡ください。



❸「必要人員配置人数」と「常勤換算後の数」は、『従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表』または『事業計画調書に記載した『必要人員配置人数』と『常勤換算後の数』を確認できる書類』にて確認ができる数をご入力ください。

❹「処遇改善加算対象従業者数(実数)」欄に処遇改善加算の対象となる従業者の実人数をご入力ください。

❺❻厚生労働省において実施する提出済みの『別紙様式2 介護職員等処遇改善加算 処遇改善計画書(令和8年度)』を参照し、下記項目をご入力ください。

❺「賃金改善費総額(円)【1】」は「別紙様式2-1(総括表)」の「令和8年度の賃金改善の見込額」を申請する事業所名・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。

❻「処遇改善加算の見込額(円)【2】」は「別紙様式2-2(個票(4, 5月))」と「別紙様式2-3(個票(6月以降))」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。

□人材雇用費については、補助対象期間に処遇改善加算の申請を予定していない場合は、❷❹❺❻の入力は不要です。

2. 補助申請予定額

①人材継続雇用費

❸	必要人員配置人数：	2.5	常勤換算後の数：	44	❹ 処遇改善加算対象従業者数(実数)：	64
❺	申請施設の賃金改善費の総額(円)【1】：	61,888,833円	申請施設の処遇改善加算の見込額(円)【2】：	42,777,888円	❻	

11 新設支援費 / 継続支援費

事業計画調書【様式2-1,2-2】

人材雇用費/人材継続雇用費

❶派遣労働者に該当する場合は〇をご選択ください。
従業者氏名に該当従業者の氏名をご入力ください。
従業者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。

❷給与総支給額、賞与支給額、法定福利費総額、処遇改善加算総額に数字のみをご入力ください。

❸法定福利費総額には「法定福利費の積算内訳がわかる書類(指定様式※P29～30参照)」にて算出された金額をご入力ください。

❹申請する対象期間を西暦でご入力ください。
(例)給与15日締めで、4月～3月をご申請の場合
2026/4/16～2027/3/15

❺補助対象金額、補助申請予定額に金額が反映されていることをご確認ください。

□人材継続雇用費については、補助対象人数は、受け入れている重度後遺障害者の人数と同数を上限とします。



	派遣契約	従業者氏名	従業者の職種	給与総支給額または派遣労働者費用(1)	賞与総支給額(2)	法定福利費総額(3)	処遇改善加算総額(4)	雇用主負担賃金改善総額(5)	対象期間			補助対象金額 (1)+(2)+(3)−(4)−(5)	補助申請予定額① (補助対象金額×1／4×補助率)
1		国交　太郎	生活支援員	3,600,000円	600,000円	650,000円	360,000円	298,609円	令和8年4月1日	～	令和8年12月31	4,191,391円	1,047,848円
2	○	○○　○○	看護師	4,800,000円				円	令和8年4月1日	～	令和9年3月31	4,800,000円	1,200,000円
3		○○　○○	生活支援員	3,600,000円	600,000円	650,000円	360,000円	298,609円	令和8年4月1日	～	令和8年12月31	4,191,391円	1,047,848円
4										～			
5										～			
6										～			
7										～			
8										～			
9										～			
10										～			
合　計				12,000,000円	1,200,000円	1,300,000円	720,000円	597,217円				13,182,783円	3,295,696円

11 共通

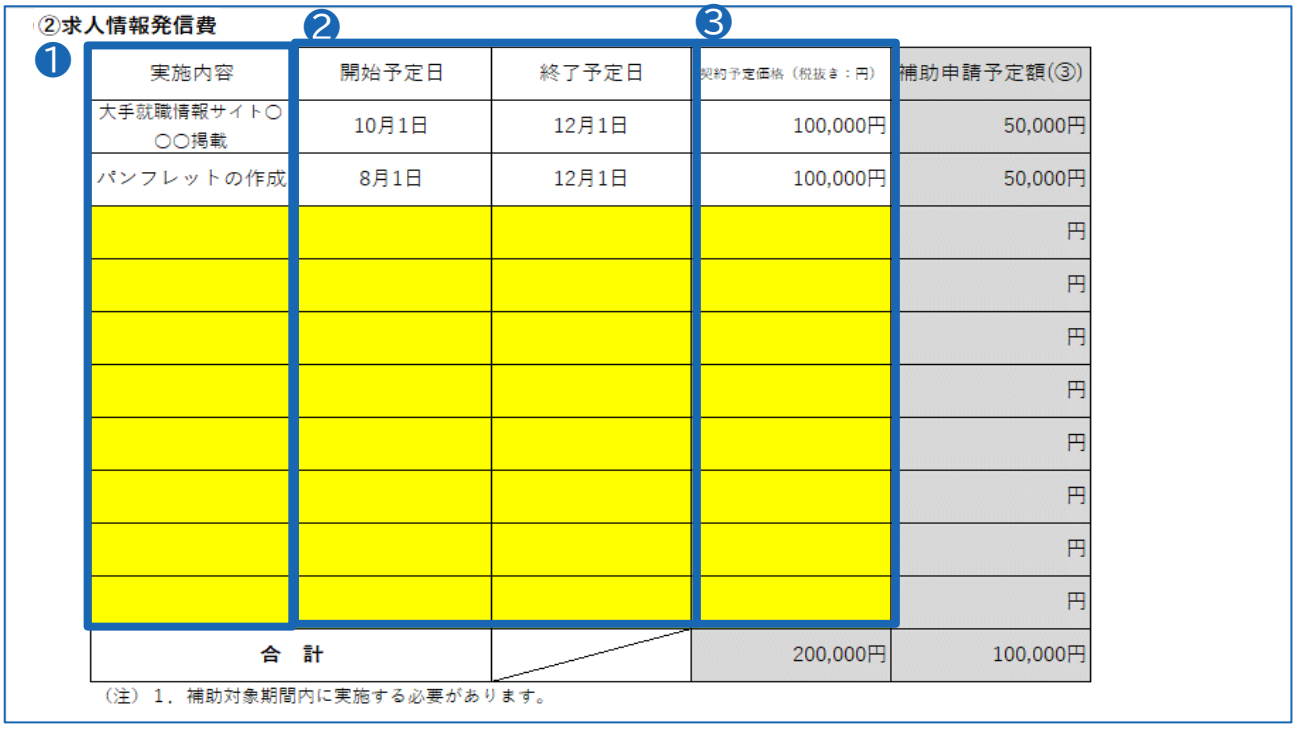
事業計画調書【様式2-1,2-2】

求人情報発信費

❶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。

❷実施予定時期（開始予定日・終了予定日）に、補助対象期間内（令和8年度中）の日付をご入力ください。
表示は自動で和暦に変換されます。
例）「2026/4/1」⇒「令和8年4月1日」
□実施予定時期の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。

❸契約予定価格を税抜きの金額でご入力ください。
請求書や領収書を確認し、実施内容と金額が一致するようご入力ください。



②求人情報発信費

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〇〇〇掲載	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
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。

11 共通

事業計画調書【様式2-1,2-2】

研修等経費

❶研修項目欄に実施した研修の内容をご入力ください。
❷受講人数に研修を受講する人数をご入力ください。
❸受講予定時期（受講開始予定日・受講終了予定日）は、補助対象期間内（令和8年度中）の日付をご入力ください。
表示は自動で和暦に変換されます。
例)「2026/4/1」⇒「令和8年4月1日」
□受講予定時期の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。

❹作成いただく研修計画書を確認し、実施内容、必要見込額を税抜きの金額でご入力ください。

補助金申請予定額

❺各経費の補助申請予定額の合計になっていることをご確認ください。
※補助申請額の合計が上限額を超える場合は上限額の表示となります。



③研修等経費

❶研修項目	❷受講人数	❸受講開始予定日	受講終了予定日	❹必要見込額（税抜き：円）	補助申請予定額(④)
喀痰吸引等研修	○名	5月1日	3月1日	100,000円	50,000円
					円
					円
					円
					円
					円
					円
					円
					円
					円
合　計				100,000円	50,000円

5．補助金申請予定額

	補助申請予定額（①+②+③）
合　計 ❺	2,000,000円

（注）1．記入欄が不足する場合は、適宜追加してください。
2．金額はすべて**税抜き**でご入力ください。（税込みでの申請を希望する場合は事務局にご相談ください。）
3．予定日等は、令和８年４月１日から翌年３月３１日までとします。
4．各経費の算出根拠となる書類を添付してください。
5．必要に応じ、記載内容を証明する書類を添付してください。
6．費用については、障害福祉サービス等報酬と明確に区分してください。

11 共通

事業計画調書【様式2-1,2-2】確約書

確約書
事業計画調書【様式2-1,2-2】のシート「確約書」に記載の内容をご確認のうえ、下記内容をご入力ください。

❶法人名欄には法人名をご入力ください。
❷施設名欄には施設名をご入力ください。
❸代表者名欄には法人の代表者の役職名と氏名をご入力ください。
❹黄色網掛け文書内を、初回書類提出日の日付となるように日付の記載をお願いいたします。

公募要領２．(9) に規定する補助金の申請に関して参考となる書類

申請する補助対象経費について、国、地方公共団体、公益法人等から
当該事業と同様の補助金を受給していないことの確約書

❶ 法人名 株式会社〇〇〇〇
❷ 施設名 訪問介護〇〇センター
❸ 代表者名 代表取締役　国土　太郎

❹
令和〇年〇月〇日付けで公募申請する令和8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（在宅療養環境整備事業））の補助対象事業について、以下のことを確約します。

〇様式2 事業計画調書の記載内容について、誤りや事実と異なる記載がないこと
〇申請する補助対象経費について、国、地方公共団体、公益法人等から
　当該事業と同様の補助金の交付を受けていないこと

12 共通

成果･効果調書【様式3】

❶事業者名(法人名)と事業所名(施設名)をご入力ください。

❷申請している経費に〇をご入力ください。

❸「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。

※自動車事故による重度後遺障害者及びそのご家族が安心して生活を送れるよう環境整備を進めること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。

【様式３】

令和８年度　在宅療養環境整備事業　　成果・効果　調書（記載例）

❶

事業者名（法人名）	株式会社〇〇〇〇
事業所名（施設名）	訪問介護〇〇センター

１．申請している経費に〇をつけてください。

❷

申請経費	新設支援費	人材雇用費		求人情報発信費		研修等経費	
	継続支援費	人材継続雇用費	〇	求人情報発信費	〇	研修等経費	〇

２．補助事業によって得られる成果・効果（１．で〇をつけた経費、それぞれについて記載ください）

❸

（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。）

【記載例】

※現在は〇〇、××といった問題点が生じているが、（人件費補助）を活用することにより、△△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）

※（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

→例：当事業所で訪問介護を行う職員不足が深刻になっている現状がある中で、求人広告等の掲載を行うことができ、新たに３名雇用することができた。

上記に記載したとおり、本補助金を活用することにより職員の確保の効果を得られ、自動車事故による重度後遺障害者のサービス利用促進などの効果が期待できる。　　など

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。）

【記載例】

※人件費補助等で新たに雇用することができ、今後も職員が職場に定着していただくことにより、次年度以降も自動車事故による重度後遺障害者の利用促進に繋ぐことができる。　など

注１．上記内容については、補助対象事業者に選定する上で、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。

注２．補助対象事業者に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、記載内容を当省ホームページ等において公表いたします。

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。

13･14･15 新設支援費：人材雇用費 / 継続支援費：人材継続雇用費

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

❶申請事業所の「従業者等の勤務の体制及び勤務形態一覧表」をご提出ください。

❶

従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表（令和X年Y月分 ）

当該事業所において常勤の職員が週

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	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
			土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日
管理者	B				⑤	⑤	⑤	⑤	⑤			⑤	⑤	⑤	⑤	⑤			⑤	⑤	⑤	⑤	⑤		
サービス管理責任者	B				②	②	②	②	②			②	②	②	②	②			②	②	②	②	②		
世話人	A		①		①	①	①	①		①		①	①	①	①		①		①	①	①	①		①	
世話人	D				④			④				④			④				④			④			
																								勤種＊2	
生活支援	A			①	①		①	①	①		①	①		①	①	①		①	①		①	①	①		①

補助対象となる介護事業所等における従業員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

自治体に提出済みの各加算申請時提出書類や介護給付費算定に係る書類のうち、事業計画調書【様式2-1,2-2】の「必要人員配置人数」と「常勤換算後の数」に記載されている数が明記されている各自治体の指定様式等をご提出ください。
※「従業者等の勤務の体制及び勤務形態一覧表」にて確認できる場合は、提出不要です。

介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書

❶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。

❶

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	（ﾌﾘｶﾞﾅ）									
事業所（施設）の所在地	郵便番号（　　）									

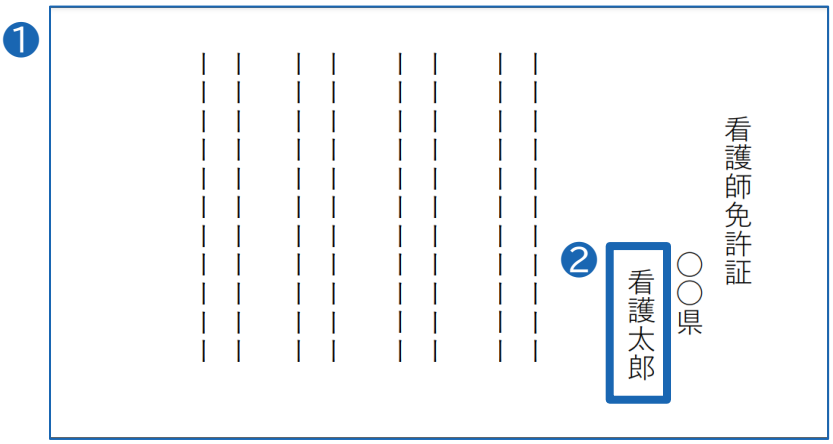
届け出る事業所の事業の種類及び同一所在地において行う事業等の種類等	実施事業	異動等の区分	異動年月日
居宅介護		1 新規　2 変更　3 終了	令和　年　月　日
重度訪問介護		1 新規　2 変更　3 終了	令和　年　月　日

16 新設支援費：人材雇用費 / 継続支援費：人材継続雇用費

医師又は看護師若しくは准看護師が在籍していることを明らかにした書類等

【免許証】

❶医師又は看護師若しくは准看護師。
❷「No.9 従業者名簿」に記載がある従業者の免許証をご提出ください。



※医師・看護師・准看護師の在籍がない場合は、以下の書類を提出してください。

【喀痰吸引登録証・研修修了証明書(いずれか一点)】
❶喀痰吸引登録証または喀痰吸引の研修修了証明書(実地研修まで終了していることが条件)のいずれか1点をご提出ください。
❷「No.9 従業者名簿」に記載のある従業者の登録証または研修修了証目書をご提出ください。

□該当従業者を置いていない場合は、配置する具体的な見込みが確認できる書類を提出ください。
※見込証明書を提出される場合は、交付申請時に要件を満たしていることが確認できる書類の提出が必須です。



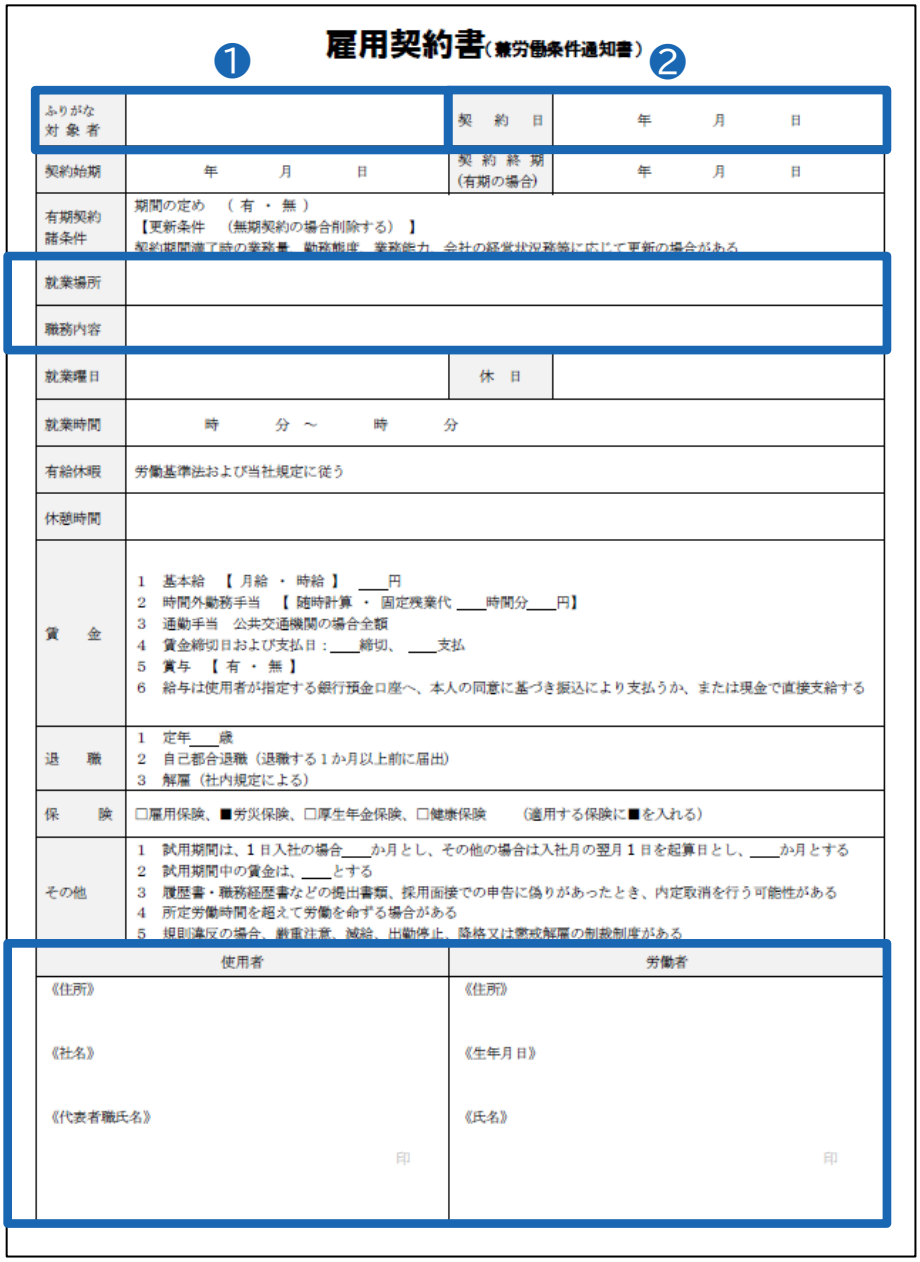
17 新設支援費：人材雇用費 / 継続支援費：人材継続雇用費

補助対象従業者の雇用契約書

❶雇用従業者名が申請内容と相違ないかご確認ください。
❷人材雇用費の場合、雇用開始日が対象期間内であるかご確認ください。
❸人材継続雇用費の場合、対象事業所で介護職として働いていることが明記されているかご確認ください。
❹雇用従業者と施設の署名が記載されているかご確認ください。
□派遣労働者に係る経費を申請する場合は「労働者派遣個別契約書（写）」等をご提出ください。

※人材雇用費については、公募申請時に雇用又は派遣契約をしていない場合は、交付申請時に要件を満たしていることが確認できる書類をご提出ください。

雇用契約書（例）



雇用契約書（兼労働条件通知書）

❶ ❷

ふりがな 対象者		契約日	年　月　日
契約始期	年　月　日	契約終期 （有期の場合）	年　月　日
有期契約 諸条件	期間の定め　（有・無） 【更新条件　（無期契約の場合削除する）】 契約期間満了時の業務量、勤務態度、業務能力、会社の経営状況等に応じて更新の場合がある		
❸ 就業場所			
❸ 職務内容			
就業曜日		休日	
就業時間	時　分～　時　分		
有給休暇	労働基準法および当社規定に従う		
休憩時間			
賃金	1　基本給　【月給・時給】　円 2　時間外勤務手当　【随時計算・固定残業代　時間分　円】 3　通勤手当　公共交通機関の場合全額 4　賃金締切日および支払日：　締切、　支払 5　賞与　【有・無】 6　給与は使用者が指定する銀行預金口座へ、本人の同意に基づき振込により支払うか、または現金で直接支給する		
退職	1　定年　歳 2　自己都合退職（退職する1か月以上前に届出） 3　解雇（社内規定による）		
保険	□雇用保険、■労災保険、□厚生年金保険、□健康保険　（適用する保険に■を入れる）		
その他	1　試用期間は、1日入社の場合　か月とし、その他の場合は入社月の翌月1日を起算日とし、　か月とする 2　試用期間中の賃金は、　とする 3　履歴書・職務経歴書などの提出書類、採用面接での申告に偽りがあったとき、内定取消を行う可能性がある 4　所定労働時間を超えて労働を命ずる場合がある 5　規則違反の場合、厳重注意、減給、出勤停止、降格又は懲戒解雇の制裁制度がある		

❹ 使用者	労働者
《住所》	《住所》
《社名》	《生年月日》
《代表者職氏名》　印	《氏名》　印

18 新設支援費：人材雇用費 / 継続支援費：人材継続雇用費

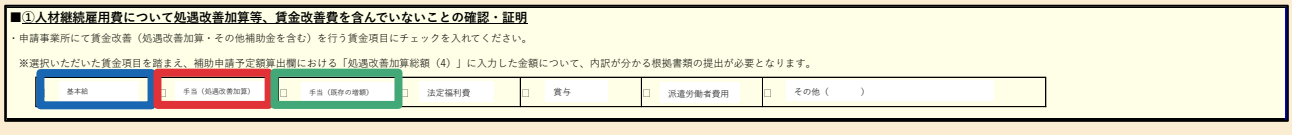
公募申請時までの補助対象従業者の給与明細、または賃金台帳および賞与明細

❶対象従業者の給与総額、処遇改善加算額および事業者負担による賃金改善額の内訳が確認できる書類をご提出ください。
❷人材雇用費の場合は、対象従業者の令和8年度の「給与総支給額及び賞与並びに法定福利費」から「処遇改善加算等の給付額を除く額」が補助対象です。
人材継続雇用費の場合は、対象従業者の令和8年度の「給与総支給額及び賞与並びに法定福利費」から「処遇改善加算等の給付額及び雇用主負担による賃金改善額を除く額」の1/4が補助対象です。
❸賞与は総支給額および算出根拠が確認できる書類を提出可能な場合に対象です。

❹賞与等の各手当に処遇改善手当を充当している場合は、その内訳が確認できる書類も併せてご提出ください。
❺法定福利費を申請している場合は、「法定福利費の積算内訳がわかる書類（指定様式P29～30参照）」を下記書類とともにご提出ください。
□派遣労働者に係る経費を申請する場合は、派遣会社への総支払額が確認できる書類をご提出ください。
❻下記賃金台帳の色枠の賃金項目内に雇用主負担賃金改善費が含まれる場合は、下記事業計画調書【様式2-1,2-2】の同じ色の箇所にチェックをご入力ください。

賃金台帳　様式第20号（第55条）			氏名		
賃金計算期間	1	月分	2	月分	
労働日数	20	日	20	日	
労働時間数	172	時間	184	時間	
休日労働時間数		時間		時間	
早出残業時間数	12	時間	24	時間	
深夜労働時間数		時間		時間	
基本賃金	240,000	円	240,000	円	
所定時間外割増賃金	22,500	円	45,000	円	
手当 処遇改善加算手当	10,000	円	10,000	円	
手当 通勤手当	5,000	円	5,000	円	
手当 家族手当	3,000	円	3,000	円	
手当		円		円	
手当		円		円	
手当		円		円	
小計	280,500	円	303,000	円	
非課税分賃金額		円		円	
臨時の給与		円		円	
賞与		円		円	
合計	280,500	円	303,000	円	

※事業計画調書【様式2-1,2-2】


■①人材継続雇用費について処遇改善加算等、賃金改善費を含んでいないことの確認・証明
・申請事業所にて賃金改善（処遇改善加算・その他補助金を含む）を行う賃金項目にチェックを入れてください。
※選択いただいた賃金項目を踏まえ、補助申請予定額算出欄における「処遇改善加算総額（4）」に入力した金額について、内訳が分かる根拠書類の提出が必要となります。
基本給 □ 手当（処遇改善加算） □ 手当（医存の増額） □ 法定福利費 □ 賞与 □ 派遣労働者費用 □ その他（ ）

19 新設支援費：人材雇用費 / 継続支援費：人材継続雇用費

補助対象従業者の賃金総額の根拠がわかる計算書

- 事業計画調書【様式2-1,2-2】に記載の金額について、計算根拠がわかる書類（※計算書等）をご提出ください。
  □フォーマットの指定はございません。

- 法定福利費も併せて申請している場合は「法定福利費の積算内訳がわかる書類（指定様式※P29～30参照）」を計算書としてご利用いただけます。
  □法定福利費を申請しない場合にも上記様式はご利用いただいて問題ございません。

事業者名	社会福祉法人国交会
施設名	国土交通支援施設
代表者名	理事長　国土　花子
住所（都道府県）	北海道
健康保険の種類	全国健康保険協会
労働保険申請有無	申請有

黄色セルの入力をお願いいたします。

期間合計
2,685,500

健康保険合計
137,752
令和8年度　5.140%
令和9年度

給与支給年月														
分類	対象月	納付月	従業者名	年齢	基本給	諸手当	処遇改善加算手当	交通費	月額合計	標準報酬月額	雇用保険適用有無	健康保険標準報酬月額	厚生年金標準報酬月額	健康保険
1	令和8年4月	令和8年5月	田中太郎	30	510,000	10,000	30,000	5,000	555,000	560,000		560000	560000	28784
1	令和8年5月	令和8年6月	田中太郎	30	505,000	10,000	30,000	5,000	550,000	560,000		560000	560000	28784
1	令和8年6月	令和8年7月	田中太郎	30	510,000	10,000	30,000	5,000	555,000	560,000		560000	560000	28784
2	令和8年11月	令和8年12月	鈴木次郎	40	251,000	25,000	5,000	2,500	283,500	280,000		280000	280000	14392
2	令和8年12月	令和9年1月	鈴木次郎	40	251,000	25,000	5,000	2,500	283,500	280,000		280000	280000	14392
2	令和9年1月	令和9年2月	鈴木次郎	40	251,000	25,000	5,000	2,500	283,500	280,000		280000	280000	14392
3	令和9年2月	令和9年3月	橋本花子	70	170,000	0	5,000	0	175,000	155,000		160000	160000	8224
									0			0	0	0

19 新設支援費：人材雇用費 / 継続支援費：人材継続雇用費

法定福利費の積算内訳がわかる書類※法定福利費を申請する場合のみ

❶	事業者名	社会福祉法人国交会
❷	施設名	障害者支援施設　自動車苑
❸	代表者名	理事長　国土　太郎
❹	住所（都道府県）	東京都
❺	健康保険の種類	全国健康保険協会
❻	労働保険申請有無	申請有

期間合計
2,617,500

給与支給年月 ❽

❼分類	対象月	❾納付月	❿従業者名	⓫年齢	⓬基本給	⓭諸手当	⓮処遇改善加算手当	⓯交通費	月額合計	⓰標準報酬月額	⓱雇用保険適用有無
1	令和8年4月	令和8年5月	A	30	500,000	10,000	30,000	5,000	545,000	560,000	
1	令和8年5月	令和8年6月	A	30	500,000	10,000	30,000	5,000	545,000	560,000	
1	令和8年6月	令和8年7月	A	30	480,000	10,000	30,000	5,000	525,000	560,000	
2	令和8年11月	令和8年12月	B	40	250,000	25,000	5,000	2,500	282,500	280,000	
2	令和8年12月	令和9年1月	B	40	250,000	25,000	5,000	2,500	282,500	280,000	
2	令和9年1月	令和9年2月	B	40	250,000	25,000	5,000	2,500	282,500	280,000	
3	令和9年2月	令和9年3月	C	70	150,000	0	5,000	0	155,000	155,000	適用なし

・ポータルサイト「申請書類一覧」より「法定福利費の積算内訳がわかる書類」をダウンロードして記載をしてください。

❶事業者（法人）名の正式名称をご入力ください。
❷事業所（施設）名の正式名称をご入力ください。
❸法人の代表者名をご入力ください。
❹事業所（施設）の住所（都道府県）をプルダウンでご選択ください。
❺健康保険の種類をプルダウンでご選択ください。
❻労働保険申請の有無をプルダウンでご選択ください。

❼分類番号は、申請従業者ごとに統一してご記入ください。申請従業者ごとの給与総額や法定福利費の総額等は【別紙】（※次ページ）にて算出されます。
例）従業者A→分類「1」を選択
従業者B→分類「2」を選択
❽給与が発生する月をプルダウンでご選択ください。
例）令和8年4月/ 令和9年1月
❾保険料を納付する月をプルダウンでご選択ください。
例）令和8年4月/ 令和9年1月
❿対象従業者の氏名をフルネームでご入力ください。
⓫対象従業者の年齢をご入力ください。
⓬申請する従業者1名当たりの対象月数が複数にわたる場合、各月ごとの人件費をご入力ください。
⓭「諸手当」の支給がない場合は「0」とご入力ください。
⓮「処遇改善加算手当」もあわせてご入力ください。
⓯「交通費」の支給がない場合は「0」とご入力ください。
⓰「標準報酬決定通知書」に記載されている標準報酬月額をご入力ください。
⓱「雇用保険適用有無」は適用がない場合、「適用なし」をご選択ください。

【補 足】
□支払いが完了していない月に関しては、すべて見込み額でご入力ください。
□事業計画調書【様式2-1,2-2】に記載の金額について、計算根拠がわかる書類（※計算書等）をご提出いただく際にこちらの書類をお使いいただけます。（※P28参照）

19 新設支援費：人材雇用費 / 継続支援費：人材継続雇用費

法定福利費の積算内訳がわかる書類※法定福利費を申請する場合のみ

○法定福利費の積算内訳がわかる書類（指定様式）のシート「別紙」

（別紙）

令和8年度自動車事故被害者支援体制等整備事業　実施・経費報告書

実施する補助対象事業の内容

	❶	❷	補助対象経費（給与・賞与） ❸	❹	❺	給与に係る経費					
分類	従業者名	対象月の給与総支給額	対象月の賞与総支給額	対象月の法定福利費総額	対象月の処遇改善加算総額	給与総支給額		法定福利費総額		処遇改善加算総額	
1	田中太郎	1,615,000円	0円	266,623円	90,000円	1,615,000円	＋	266,623円	-	90,000円	
2	鈴木次郎	847,500円	0円	140,574円	15,000円	847,500円	＋	140,574円	-	15,000円	
3	橋本花子	155,000円	0円	8,873円	5,000円	155,000円	＋	8,873円	-	5,000円	
4		0円	0円	0円	0円	0円	＋	0円	-	0円	
5		0円	0円	0円	0円	0円	＋	0円	-	0円	
6		0円	0円	0円	0円	0円	＋	0円	-	0円	

上記シートは法定福利費の積算内訳がわかる書類（指定様式）の「入力シート」に記載することで自動反映されます。
内容に問題がないかお確かめください。

上記「別紙」の番号の氏名と金額が下記事業計画調書【様式2-1,2-2】の番号の氏名と金額と一致していることをご確認ください。

※事業計画調書【様式2-1,2-2】

		❶		❷	❸	❹	❺					
	派遣契約	従業者氏名	従業者の職種	給与総支給額または派遣労働者費用(1)	賞与総支給額(2)	法定福利費総額(3)	処遇改善加算総額(4)	雇用主負担賃金改善総額	対象期間			補助対象金額 (1)＋(2)＋(3)－(4)	補助申請予定額① (補助対象金額×補助率)
1		国交　太郎	生活支援員	3,600,000円	600,000円	650,000円	360,000円	円	令和8年4月1日	～	令和8年12月31日	4,490,000円	4,490,000円
2	○	○○　○○	看護師	4,800,000円				円	令和8年4月1日	～	令和9年3月31日	4,800,000円	4,800,000円
3		○○　○○	生活支援員	3,600,000円	600,000円	650,000円	360,000円	円	令和8年4月1日	～	令和8年12月31日	4,490,000円	4,490,000円
4										～			
5										～			
6										～			
7										～			
8										～			
9										～			
10										～			
合　計				12,000,000円	1,200,000円	1,300,000円	720,000円	円				13,780,000円	13,780,000円

20 新設支援費：人材雇用費 / 継続支援費：人材継続雇用費

「別紙様式2　介護職員等処遇改善加算等計画書（令和8年度）」

❶厚生労働省において実施する「別紙様式2　介護職員等処遇改善加算等計画書（令和8年度」を 提出してください。
□申請する事業所（施設）およびサービス名「居宅介護」「重度訪問介護」の金額がわかる書類
□Excelファイルでのご提出をお願いいたします。

□人材雇用費については、補助対象期間に処遇改善加算の申請を予定しない場合は、ご提出は不要です。
※補助対象期間中に処遇改善加算の申請を行い、賃金改善の予定がある場合は、事務局にご連絡ください。

別紙様式２－２（処遇改善加算　個票）

【記入上の注意】
・ オレンジ色 ピンク色 セルは必ず入力してください。空欄がある場合は不備となります。

法人名

処遇改善加算（見込額）の合計［円］（別紙様式2-1 2 ①の内数）	0	円
うち、処遇改善加算Ⅳ相当の1／2（見込額）の合計［円］（別紙様式2-1 3(1)①に転記）	0	円
うち、新たに増加する旧ベースアップ等加算相当の見込額［円］（別紙様式2-1 3(2)①に転記）	0	円

【記入上の注意】
・ 賃金改善後の賃金が年額440万円以上であることは、処遇改善加算による賃金改善額を含む金額で判断すること。

⑤キャリアパス要件Ⅳにつ
改善後の賃金が年額440万
処遇改善加算Ⅰ・Ⅱの算定（短期入所・予防・総合事業

	介護保険事業所番号	指定権者名	事業所の所在地 都道府県	事業所の所在地 市区町村	事業所名	サービス名	一月あたり介護報酬総単位数（処遇改善加算を除く）［単位］(a)	1単位あたりの単価［円］(b)	令和8年3月時点の算定区分	加算率	令和8年4月 以降に算定する処遇改善加算の区分	加算率(c)	算定対象月(d) ※通常は 令和8年4月 ～ 令和9年3月	処遇改善加算の見込額［円］(a×b×c×d)	①月額賃金要件Ⅰ 処遇改善加算Ⅳ相当の加算額の見込額の1／2	①月額賃金要件Ⅰ 月額賃金要件Ⅰを満たす
1													令和　年　月～令和　年　月（　ヶ月）			
2													令和　年　月～令和　年　月（　ヶ月）			
3													令和　年　月～令和　年　月（　ヶ月）			

21 求人情報発信費

求人情報掲載料・新聞広告・パンフレット作成等の見積書（写）

❶申請する事業所（施設名）の記載のある書類をご提出ください。
※申請する事業所（施設）以外の事業所（施設）の費用については申請の対象外となります。
複数の施設にわたる求人の場合は申請する事業所（施設）の費用分がわかる書類をご提出ください。
❷見積書内容が事業計画調書【様式2-1,2-2】に記載の求人情報サービスと一致する書類をご提出ください。
❸実施期間・支払い日が補助対象期間内（令和8年度中）の書類が対象となります。
❹見積額が事業計画調書【様式2-1,2-2】に記載の契約予定価格と一致する書類をご提出ください。

□発注先が発行する書類において上記の内容が全て確認できる事業のみ申請ください。

❶
株式会社〇〇〇〇
訪問介護〇〇センター　御中

御見積書

20XX年X月X日
株式会社★★

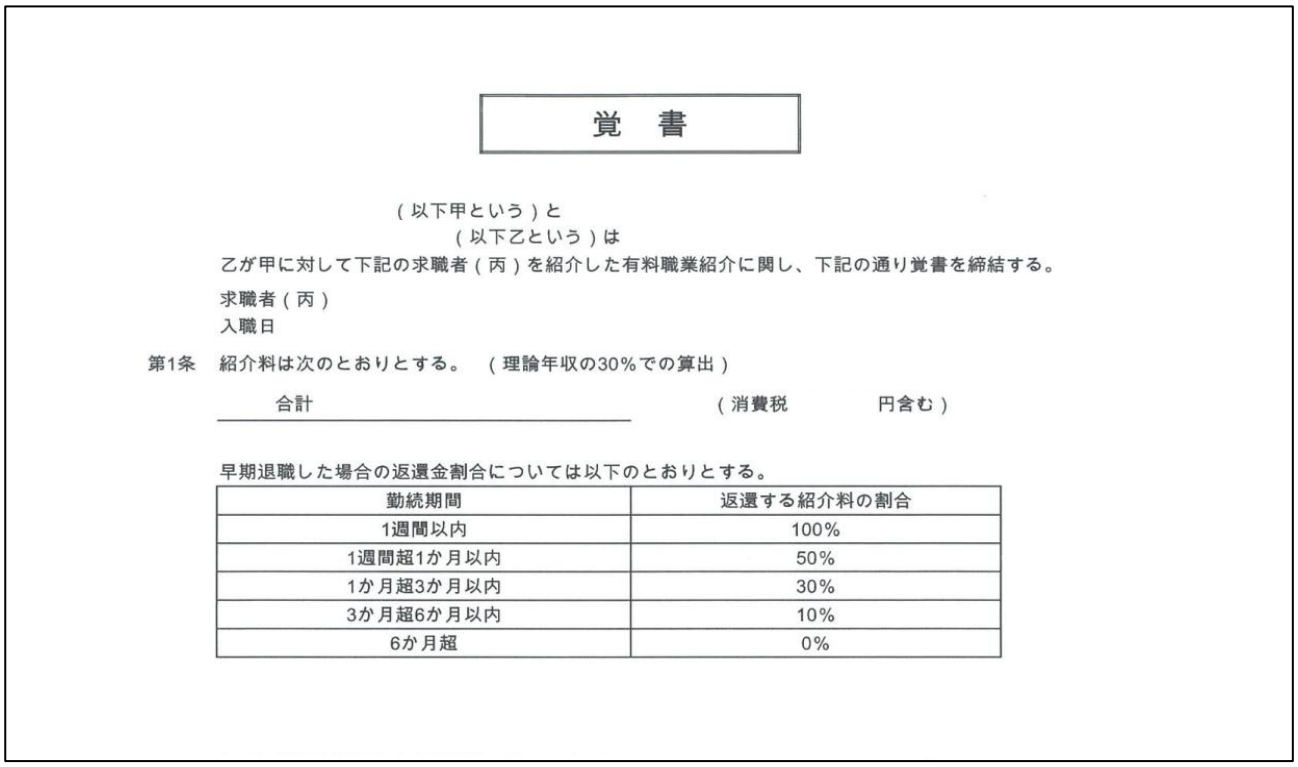
合計金額：￥		100,000 （税抜）		
❷ 品名	❸ 期間	❹ 単価	金額	備考
求人サイトA掲載	20XX年Y月Y日～20XX年Z月Z日	￥ 100,000	￥ 100,000	

22 求人情報発信費

職業紹介および採用課金型求人費の金額の計算根拠が確認できる書類

❶申請する施設名、職業紹介会社名、金額が確認できる請求書等の書類をご提出ください。
□公募申請時点で雇用が確定していない場合は紹介会社発行の手数料金額の算出方法と予定金額が確認できる書類をご提出ください。
❷見積額が事業計画調書【様式2-1,2-2】に記載の契約予定価格と一致する書類をご提出ください。
❸申請する事業所(施設名)の記載のある書類をご提出ください。
※申請する事業所(施設)以外の事業所(施設)の費用については申請の対象外となります。
複数の施設にわたる求人の場合は申請する事業所(施設)の費用分がわかる書類をご提出ください。
❹実施期間・支払い日が補助対象期間内(令和8年度中)の書類が対象となります。

□発注先が発行する書類において上記の内容が全て確認できる事業のみ申請ください。



覚　書

（以下甲という）と
（以下乙という）は
乙が甲に対して下記の求職者（丙）を紹介した有料職業紹介に関し、下記の通り覚書を締結する。

求職者（丙）
入職日

第1条　紹介料は次のとおりとする。　（理論年収の30%での算出）

合計　　（消費税　　円含む）

早期退職した場合の返還金割合については以下のとおりとする。

勤続期間	返還する紹介料の割合
1週間以内	100%
1週間超1か月以内	50%
1か月超3か月以内	30%
3か月超6か月以内	10%
6か月超	0%

単価表			
	職種または資格免許	常勤	非常勤
介護福祉	ケアマネジャー	￥000,000	￥000,000
	管理職（介護）	￥000,000	￥000,000
	介護福祉士	￥000,000	￥000,000
	サービス管理責任者	￥000,000	￥000,000
	介護職員実務者研修（旧ヘルパー1級/基礎研修）	￥000,000	￥000,000
	介護職員初任者研修（旧ヘルパー2級）	￥000,000	￥000,000
	生活相談員	￥000,000	￥000,000

23･24 研修等経費

研修等への参加計画書※旅費を申請する場合のみ

❶参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をご記載ください。
❷計画書の情報と事業計画調書【様式2-1,2-2】に記載された情報が一致するよう作成ください。
❸研修の日程が対象期間内（令和8年度中）の計画が対象となります。

□研修、講演会等の開催案内や概要、配布資料等をご提出ください。
□テキスト代については申請の対象となります。
□研修等経費における研修会場までの交通費についても申請の対象となります。
※国家公務員等の旅費に関する法律（昭和 25 年法律第 114 号）等の規定に準じます。

研修等開催計画書※旅費を申請する場合のみ

❶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をご記載ください。
❷計画書の情報と事業計画調書【様式2-1,2-2】に記載された情報が一致するよう作成ください。
❸研修の日程が対象期間内（令和8年度中）の計画が対象となります。

□研修、講演会等の開催案内や概要、配布資料等をご提出ください。
□講師に対する謝金、研修等への開催に係る旅費及び雑費が対象になります。
※国家公務員等の旅費に関する法律（昭和 25 年法律第 114 号）等の規定に準じます。

（注）旅費の申請を含める場合、
下記の書類を**交付申請・実績報告**にてご提出いただくことになります。

①「研修等参加（開催）計画書」または「研修等参加（開催）報告書」

②宿泊費を申請される場合、「宿泊費の金額がわかる書類」「夕朝食の有無がわかる書類」「経費積算書」「宿泊費の支払証明書」

③車使用の場合、「社用車であることを示す書類」「社用車の使用履歴がわかる書類」「経費積算書」「ガソリン代の領収書及び支払証明書」「有料道路利用料に係る領収書及び支払証明書」

④公共交通機関使用の場合、「急行料金等の領収書」「経費積算書」「支払証明書」

23･24 研修等経費

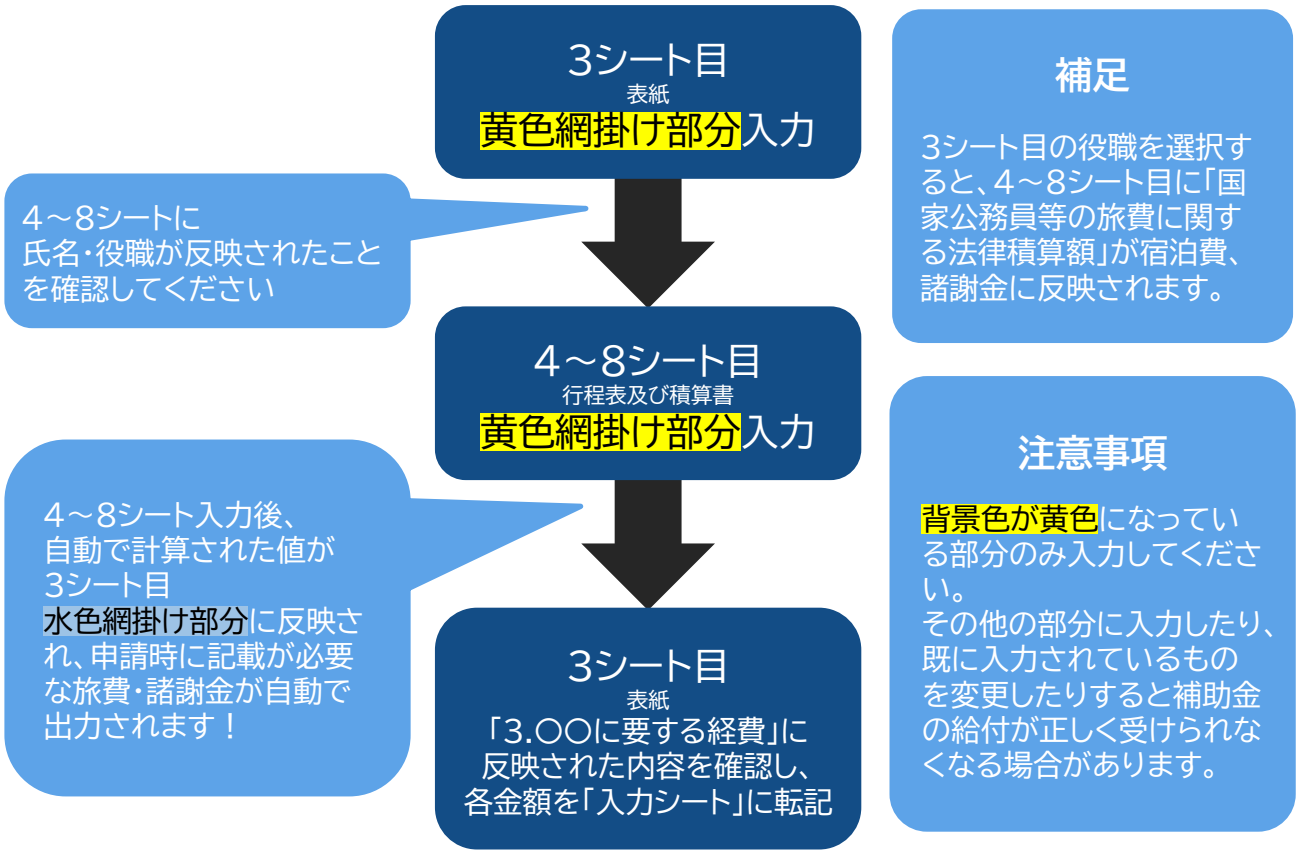
研修等への参加(開催)計画書※旅費を申請する場合のみ

書類の名称と構成

●計画書はそれぞれ「公共交通機関の場合」と「車の場合」があり、
以下のシートで構成されています。

1.2シート目	見本	記入例
3シート目	表紙	**計画書**
4～8シート目	行程表及び積算書	表紙記載の氏名A～E用
9シート目	(参考)諸謝金･宿泊費	国家公務員等の旅費に関する法律積算額

●P37-P39に記載の研修等経費の申請様式の入力の手順を下図にてまとめています。
下記手順に沿って、ご入力ください。



23･24 研修等経費

研修等への参加(開催)計画書※旅費を申請する場合のみ

旅費について(研修等経費)

●旅費の申請内容は、実施細目にある通り旅費法の規定に準じます。

実施細目(第3条 抜粋)
6 研修等経費の対象となる間接補助事業の範囲は、受講料、講師に対する謝金、研修等への参加･開催に係る旅費及び雑費とし、そ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する。

基本ルール
- 最も経済的な経路を補助する
- 日当は補助対象外
  ※ただし、宿泊を伴う場合は、規定に基づき宿泊手当(定額)が別途支給される
- 寄り道は基本的に補助対象外

実績報告時に必要な証拠書類(研修等経費)※公募申請時点では不要

公共交通機関使用の場合

実績報告時の必要な領収書
- 急行料金、特急料金、航空賃
  ※在来線やバス等、領収書の発行がないものは除きます。
- パック商品
- 宿泊費(パック商品を使用しない場合)

※パック商品および宿泊費については、夕食･朝食の有無が明記されたものをご提出ください。記載がない場合は、内容が確認できる明細書等を併せてご提出ください。

車使用の場合

研修、講演会等に使用した自家用車が補助対象事業者所有のものであることの確約書をご提出ください。

- ガソリン代は1kmあたり18円とします。
  ※通算した路程に1km未満の端数がある時は切り捨てます。
- 複数人で相乗りしている場合は、1台分のガソリン代のみ補助対象とします。

実績報告時の必要な書類
- ガソリン代、駐車場代のレシートまたは領収書
  ※駐車場代は、研修開催時間等を考慮し、必要とみなせる時間のみ対象です。
- 高速道路の使用料金がわかる領収書等

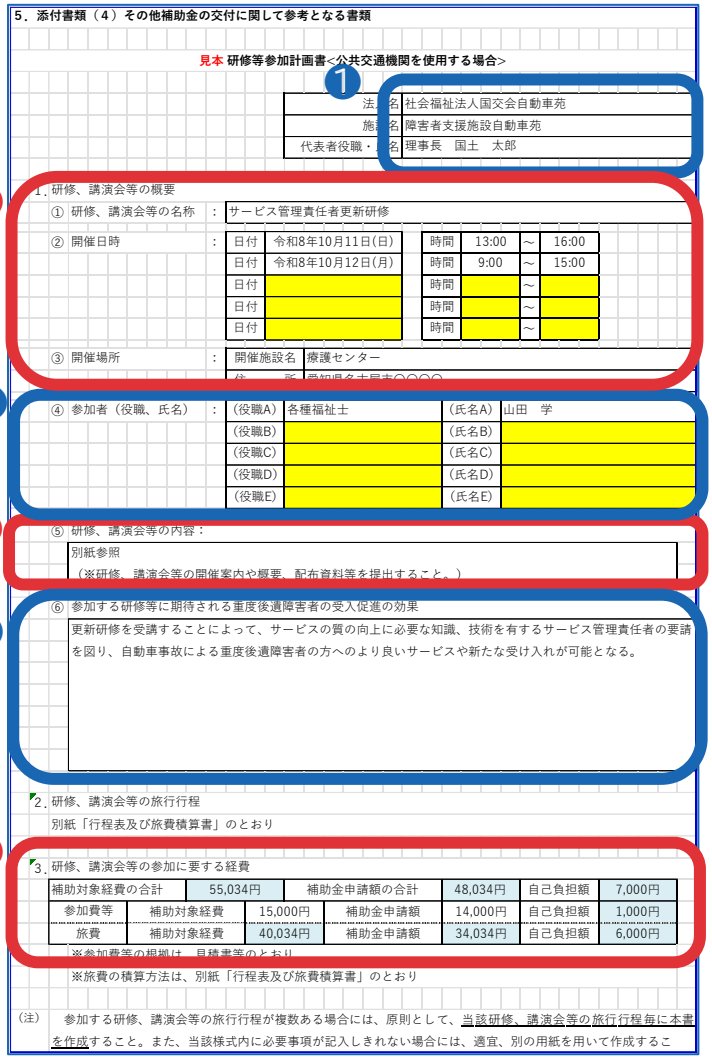
旅費･諸謝金･使用料･参加費の場合

実績報告時に**「研修等経費を預貯金から支出したことを称する通帳(写し)または振込証明書(写し)」**の提出が必要です。

23･24 研修等経費

研修等への参加(開催)計画書※旅費を申請する場合のみ

3シート目(表紙)計画書



5．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

見本 研修等参加計画書<公共交通機関を使用する場合>

❶

法人名	社会福祉法人国交会自動車苑
施設名	障害者支援施設自動車苑
代表者役職・氏名	理事長　国土　太郎

❷

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 ：

日付	令和8年10月11日(日)	時間	13:00	～	16:00
日付	令和8年10月12日(月)	時間	9:00	～	15:00
日付		時間		～	
日付		時間		～	
日付		時間		～	

③ 開催場所 ： 開催施設名 療護センター

❸

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)	
(役職D)		(氏名D)	
(役職E)		(氏名E)	

❹

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。）

❺

⑥ 参加する研修等に期待される重度後遺障害者の受入促進の効果

更新研修を受講することによって、サービスの質の向上に必要な知識、技術を有するサービス管理責任者の要請を図り、自動車事故による重度後遺障害者の方へのより良いサービスや新たな受け入れが可能となる。

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

❻

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		55,034円	補助金申請額の合計		48,034円	自己負担額	7,000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	40,034円	補助金申請額		34,034円	自己負担額	6,000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

(注) 参加する研修、講演会等の旅行行程が複数ある場合には、原則として、当該研修、講演会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

❶事業者名(法人名)、事業所名(施設名)、代表者役職･氏名が他の提出書類と相違ないかご確認ください。

❷名称･日時･場所が他の提出書類と相違ないかご確認ください。

❸役職をプルダウンで選んでおり、役職と氏名が、提出名簿や事業実施体制図等と相違ないかご確認ください。
※旅費申請対象者が6名以上の場合は、1シート5名までしか記載できないため、複数のシートの作成をお願いいたします。

❹該当の研修、講演会等の各資料を別途ご提出ください。

❺自動車事故重度後遺障害者の支援になっているかご確認ください。

❻金額が申請書類･事業計画調書の該当項目と合致しているかご確認ください。

参加費等 ※研修参加の場合
❹の資料の金額と一致するようにご入力ください。

会議費等 ※研修開催の場合
研修資料の金額と一致するようにご入力ください。

※以下の項目は次シート以降の「旅行行程表及び旅費積算書A･B･C･D･E」を入力することで該当箇所の合計金額が反映されます。

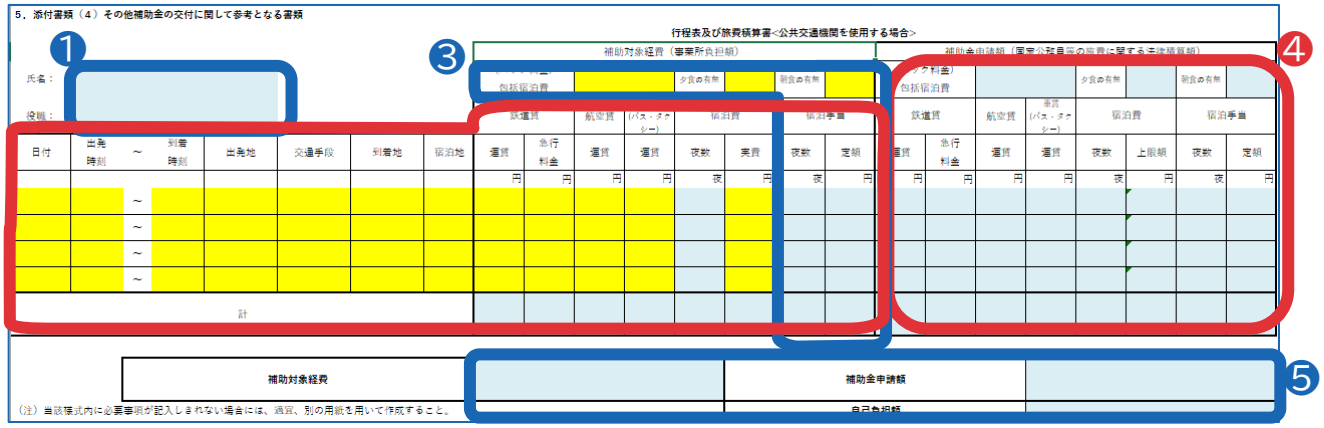
旅費
補助対象経費･補助金申請額の合計が反映されているかご確認ください。

諸謝金 ※研修開催の場合
諸謝金の合計が反映されているかご確認ください。

23･24 研修等経費

研修等への参加(開催)計画書※旅費を申請する場合のみ

4～8シート目(行程表及び積算書A～E)計画書　公共交通機関の場合



❶氏名･役職欄に3シート目の氏名と役職が反映されているかご確認ください。

❷実際にかかる見込みの経費
日付　3シート目の日付･他の該当提出書類の日付と相違ないかご確認ください。

出発時刻･到着時刻･出発地･交通手段･到着地
yahoo路線情報の検索結果と相違ないか、最安値であるかご確認ください。

宿泊地　宿泊する場合はプルダウンでご選択ください。
※宿泊地によって❹の補助金申請上限額が変わります。

鉄道賃　航空賃　車賃
該当する項目をご入力ください。 ※yahoo路線情報の検索結果と相違ないかご確認ください。
タクシーは他公共交通機関で向かうことが不可能な場合を除き、原則対象外です。

宿泊費　宿泊費をご入力ください。 ※役職によって❹の補助金申請上限額が変化します。

夕食･朝食の有無　宿泊する場合はプルダウンでご選択ください。
※有無に応じて宿泊手当が反映されます。

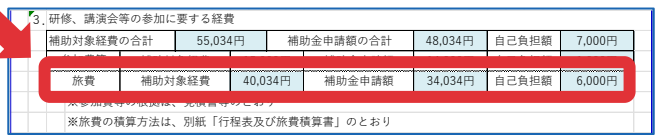
諸謝金(研修等開催の場合、車賃と宿泊費の間に「諸謝金」の欄あり)
時間数と諸謝金の額をご入力ください。 ※役職によって❹の補助金申請上限額が変わります。

❸パック料金(該当の場合)　航空賃または新幹線＋宿泊代のセット料金をご入力ください。
※パック使用の場合は宿泊費と航空賃･新幹線の併用はできません。

夕食･朝食の有無　プルダウンでご選択ください。
※有無に応じて宿泊手当が反映されます。

❹補助金申請額(国家公務員等の旅費に関する法律積算額)
❷と❸で入力された金額が、役職により9シート目から上限金額が反映されているかご確認ください。

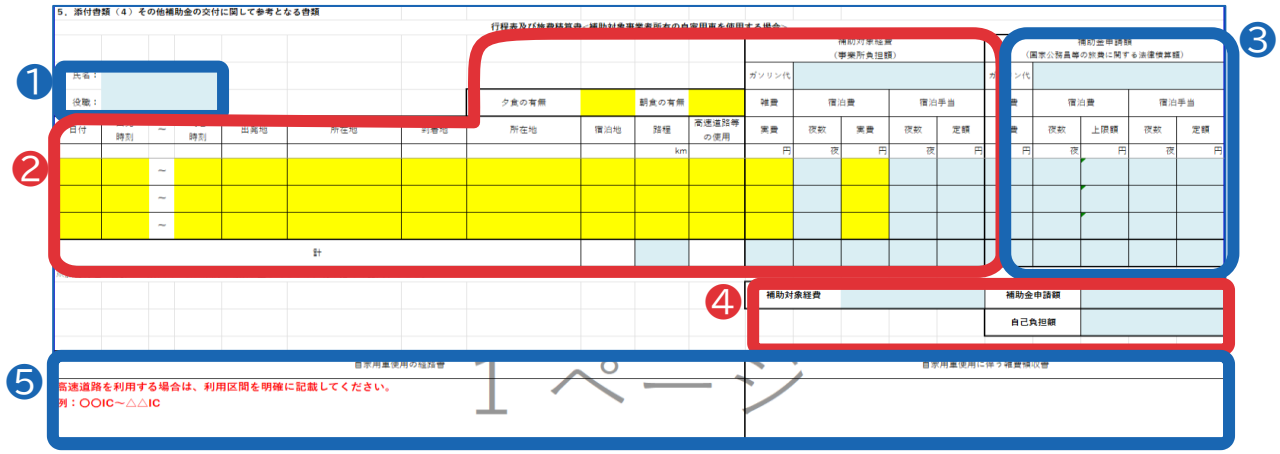
❺以下の金額の4～8シート目の合計が、3シート目の3.「旅費」の項目に反映されているかご確認ください。
補助対象経費　実際にかかる見込みの経費の合計
補助金申請額　旅費法の上限金額の合計
自己負担額　補助対象経費合計-補助金申請額合計



23･24　研修等経費

研修等への参加(開催)計画書※旅費を申請する場合のみ

4～8シート目(行程表及び積算書A～E)計画書　車移動の場合



❶氏名･役職　3シート目の氏名と役職が反映されているかご確認ください。

❷実際にかかる経費
日付　3シート目の日付･他の該当提出書類の日付と相違ないかご確認ください。

出発時刻･到着時刻･出発地･所在地･到着地･路程
グーグルマップの経路検索結果をご入力ください。
(検索結果のスクリーンショットを❺に貼付けします。)

宿泊地　宿泊する場合はプルダウンでご選択ください。
※宿泊地によって❸の補助金申請上限額が変わります。

夕食･朝食の有無　宿泊する場合はプルダウンでご選択ください。
※有無に応じて宿泊手当が反映されます。

宿泊費　宿泊費をご入力ください。 ※役職によって❸の補助金申請上限額が変わります。

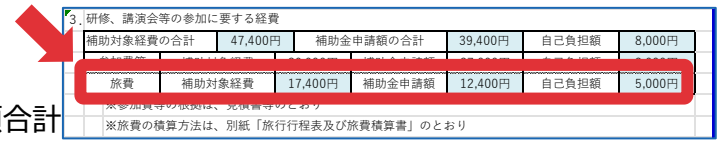
諸謝金(研修等開催の場合、雑費と宿泊費の間に「諸謝金」の欄あり)
時間数と諸謝金の額をご入力ください。 ※役職によって❸の補助金申請上限額が変わります。

ガソリン代　入力した路程に応じて、ガソリン代が反映されているかご確認ください。
※路程km×18円の関数が入っています。

雑費　高速道路代･駐車場代などが発生した場合、ご入力ください。 ※日当は含みません。

❸補助金申請額(国家公務員等の旅費に関する法律積算額)
❷で入力された金額が、役職により9シート目から上限金額が反映されているかご確認ください。

❹以下の金額の4～8シート目の合計が、3シート目の3.「旅費」の項目に反映されているかご確認ください。



補助対象経費　実際にかかる経費の合計
補助金申請額　旅費法の上限金額の合計
自己負担額　補助対象経費合計-補助金申請額合計

❺根拠資料
自家用車使用の経路書
❷の経路検索結果のグーグルマップのスクリーンショットを貼付けているかご確認ください。

23･24 研修等経費

研修等への参加(開催)計画書※旅費を申請する場合のみ

9シート目 (参考)諸謝金･宿泊料等

行政職	役職	分類	諸謝金	宿泊手当				宿泊費(上限額)
				夕朝なし	夕	朝	夕朝あり	北海道
指定職	大学教授	④	8,700	2,400	1,600	1,600	800	18,000
	院長	②	10,200	2,400	1,600	1,600	800	18,000
	副院長	③	9,300	2,400	1,600	1,600	800	18,000
	理事長	①	11,500	2,400	1,600	1,600	800	18,000
	理事	②	10,200	2,400	1,600	1,600	800	18,000
	その他これらに準ずる者①	③	9,300	2,400	1,600	1,600	800	18,000
7級以上	大学准教授	⑥	7,000	2,400	1,600	1,600	800	13,000
	医師	⑤	7,900	2,400	1,600	1,600	800	13,000
	病棟長	⑤	7,900	2,400	1,600	1,600	800	13,000
	看護師長	⑤	7,900	2,400	1,600	1,600	800	13,000
	各種技師	⑥	7,000	2,400	1,600	1,600	800	13,000
	部長	⑤	7,900	2,400	1,600	1,600	800	13,000
	その他これらに準ずる者②	⑥	7,000	2,400	1,600	1,600	800	13,000
6級以下 3級以上	看護師	⑦	6,000	2,400	1,600	1,600	800	13,000
	各種療法士	⑦	6,000	2,400	1,600	1,600	800	13,000
	各種福祉士	⑦	6,000	2,400	1,600	1,600	800	13,000
	事務長	⑦	6,000	2,400	1,600	1,600	800	13,000
	係長（事務職）	⑧	5,700	2,400	1,600	1,600	800	13,000
	その他これらに準ずる者③	⑧	5,700	2,400	1,600	1,600	800	13,000
2級以下	ホームヘルパー	⑨	4,700	2,400	1,600	1,600	800	13,000
	生活支援員	⑨	4,700	2,400	1,600	1,600	800	13,000
	係員（事務職）	⑩	3,700	2,400	1,600	1,600	800	13,000
	その他これらに準ずる者④	⑪	2,700	2,400	1,600	1,600	800	13,000

このシートは役職ごとの謝礼金、宿泊費の参照資料です。
※添付参照資料はシートの一部です。他都府県の宿泊費はシートをご覧ください。
※宿泊手当は役職に関わらず一律です。

3シート目内のプルダウンで選択する役職によって、
諸謝金･宿泊費の補助金申請額の上限が表中の金額になります。

さらに宿泊費は4～8シート目内のプルダウンで選択する宿泊地によって、
補助金申請額の上限が表中の金額になります。

宿泊手当は4～8シート目内の夕食･朝食の有無によって
補助金申請額の上限が表中の金額になります。

事務局

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
（在宅療養環境整備事業）
事務局受付時間　平日のみ 9:00～12:00、13:00～17:00
【Eメール】koutsujiko-sien@koutsujiko-mlit.jp
【電話番号】03-6744-5361