

茨城県介護人材確保・職場環境改善等事業 補助金交付要項

(趣旨)

第1条 知事は、「令和6年度介護人材確保・職場環境改善等事業 実施要綱」(令和7年2月7日付老発0207第3号厚生労働省老健局長通知。以下「実施要綱」という。)に基づく茨城県介護人材確保・職場環境改善等事業に係る補助金(以下「補助金」という。)を予算の範囲内で交付するものとし、その交付については、茨城県補助金等交付規則(昭和36年茨城県規則第67号)(以下「規則」という。)の定めるところによるほか、この要項に定めるところによる。

(目的)

第2条 本補助金は、介護職員の処遇を改善するため、介護サービス事業所(介護予防・日常生活支援総合事業によるサービスを行う事業所を含む。)及び介護保険施設(以下「介護サービス事業所等」という。)に対し、賃上げ及び職場環境改善に取り組むことを前提として、処遇改善に必要な経費を補助することを目的とする。

(補助金の対象)

第3条 本補助金の対象は、茨城県内に所在する実施要綱4(1)に定める介護サービス事業所等のうち、実施要綱6に定める要件を満たす介護サービス事業所等とする。

(事業の内容)

第4条 本補助金の事業内容は、実施要綱3に定めるところによる。

(補助対象経費)

第5条 本補助金の交付の対象となる経費は、人件費改善や職場環境改善のために必要な経費(消費税及び地方消費税を除く。)とし、実施要綱7に定めるところによる。

(補助額の算定方法)

第6条 介護サービス事業所等に対する補助額の算定にあたっては、実施要綱5に定めるところによるものとし、算定の基礎となるサービス提供月(以下「基準月」という。)に係る介護報酬総単位数が確定した後に算定するものとする。

なお、実施要綱4(1)により、月遅れ請求、再請求等に伴う過誤調整分については、令和7年4月10日までに審査支払機関により受理されたものに限り反映するものとし、それ以降は、基準月に係る介護報酬総単位数に変更が生じた場合であっても、算定対象と

しないものとする。

- 2 知事は、前項で規定する補助額の算定に関する業務について、茨城県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）に委託することができるものとする。

（交付申請）

第7条 この補助金の交付を受けようとする者は、別に指示する期日までに、茨城県介護人材確保・職場環境改善等事業 補助金交付申請書（別紙様式1）及び介護人材確保・職場環境改善等事業計画書（別紙様式2）を知事に提出しなければならない。

（補助金の交付の決定）

第8条 知事は、第7条の申請があった場合には、その内容を審査し、適当と認められるときは補助金の交付を決定するものとする。

- 2 知事は、前項の規定により補助金の交付を決定したときは、第6条の規定により算定した補助額を申請者に通知する。

- 3 知事は、前項で規定する補助額の通知に関する業務について、国保連に委託することができるものとする。この場合、国保連から事業所あて送付する「介護人材確保・職場環境改善等事業 支払額通知書」をもって、通知に代えるものとする。

（補助金の支給）

第9条 知事は、本補助金の交付を決定したときは、申請者に対し口座振替払の方法により支給する。

なお、支給については、原則として法人ごとに一つの口座に対して行うものとする。

（実績報告）

第10条 この補助金の交付の決定を受けた者は、別に指示する期日までに、介護人材確保・職場環境改善等事業実績報告書（別紙様式3）を知事に提出しなければならない。

（補助金の返還）

第11条 知事は、交付対象事業者が実施要綱9（1）①又は②に該当する場合、既に支給された一部若しくは全部の補助金の返還を命じることができるものとする。

（交付の条件）

第12条 補助金の交付の決定がなされた場合において、事業者に対し、次の条件が付されるものとする。

- 1 事業の内容の変更（軽微な変更を除く。）をする場合には、速やかに知事に報告してその指示を受けなければならない。特に、実施要綱8（4）に定める内容に変更があった場合は、変更届出書（別紙様式4）を知事に提出しなければならない。
- 2 事業を中止し、又は廃止する場合は、速やかに知事に報告してその指示を受けなければならない。
- 3 事業が予定の期間内に完了しない場合又は事業の遂行が困難となった場合には、速やかに知事に報告してその指示を受けなければならない。
- 4 事業に係る関係書類の保存については、事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出について証拠書類を整理し、かつ、当該帳簿及び証拠書類を補助金の額の確定の日（補助事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、その承認を受けた日）の属する年度の終了後5年間保管しておかななければならない。
- 5 交付対象事業者が1から4までにより付した条件に違反した場合は、この補助金の全部又は一部を県に納付させることがある。
- 6 事業者は、国保連に登録されている当該事業者の介護報酬の受領に係る口座情報について、国保連から県に提供されることに同意するものとする。

（その他）

第13条 規則、実施要綱またはこの要項に定めるもののほか、この補助金の交付にあたり必要な事項は、知事とその都度別に定めるものとする。

附 則

この要項は、令和7年3月31日から施行する。

別紙様式 1

茨城県介護人材確保・職場環境改善等事業 補助金交付申請書

令和 年 月 日

茨城県知事 殿

茨城県介護人材確保・職場環境改善等事業に係る補助金の交付を受けたいので、別添のとおり必要な書類を添えて申請します。
なお、申請に当たっては、「茨城県介護人材確保・職場環境改善等事業 補助金交付要項」及び「令和6年度介護人材確保・職場環境改善等事業 実施要綱」（令和7年2月7日付老発0207第3号厚生労働省老健局長通知）の内容を確認し、理解しました。

1 申請者（法人情報）

フリガナ					
法人名					
法人代表者	職名				
	氏名				
主たる事務所の所在地	郵便番号		－		
	住所				
電話番号		－		－	

2 振込先口座

茨城県から私に支払われる補助金は、下記の口座に振り込んでください。

金融機関名		本・支店名	
金融機関コード		支店コード	
フリガナ			
口座名義			
口座番号		預金種目	

**計画書(介護人材確保・職場環境改善等事業、介護職員等処遇改善加算)
基本情報入力シート**

別紙様式2

●はじめに本シート(基本情報入力シート)の黄色セルに入力することで、申請対象となる事業所等に関する基本的な情報が、各シートに自動的に転記されます。

【重要】

①本計画書は、介護保険事業費補助金(介護人材確保・職場環境改善等事業)(以下「補助金」という。)及び介護職員等処遇改善加算(以下「処遇改善加算」という。)の共通様式です。

②**処遇改善加算を申請する場合は、各事業所の指定権者に別紙様式2-1、2-2を、補助金を申請する場合は、各事業所の所在する都道府県に別紙様式2-3、2-4を、それぞれ提出してください。**その際、補助金の申請事務を都道府県が外部委託している場合もございますので、必ず都道府県のホームページをご確認ください。

●自動転記の仕組みを活用するため、下記の作業フローに基づき、シートを完成させてください。

本計画書を用いて、処遇改善加算のみの申請を行う場合、別紙様式2-3及び2-4の入力は不要です。

●本計画書は、提出先ごとに個票の内容を変えずに提出することが可能です。

処遇改善加算を申請する際は、「提出の目的」を「加算様式を指定権者に提出」とし、「加算様式の提出先」に記入した上で、

指定権者に別紙様式2-1、2-2を提出してください。

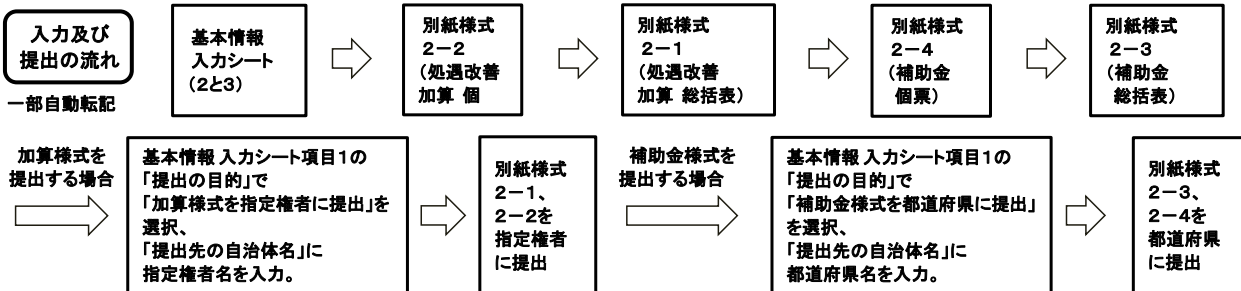
その際、様式2-3、2-4は自動的にグレーアウトされるようになっていますので、シートの削除は不要です。

●その後、補助金を申請する際は、「提出の目的」を「補助金様式を都道府県に提出」とし、「補助金様式の提出先」に記入した上で、都道府県に別紙様式2-3、2-4を提出してください。

この場合も同様に、その他の様式シート(別紙様式2-1、2-2)の削除は不要です。

●「提出先の自治体名」を記入すると、別紙2-1から2-4までの「提出先」欄も、自動で更新されます。

提出先が正しく記入されていることを必ずご確認ください。



1 提出の目的と提出先の自治体名

提出の目的		
提出先の自治体名	加算様式の提出先(例: ○○県、 ○○市、○○町、○○広域連合)	補助金様式の提出先(例: ○○県)

※上記「入力の流れ」に沿って必要事項を入力した後に、「提出の目的」を選択し、提出先の自治体名を選択・記載してください。

加算と補助金両方を申請する場合、「加算様式を自治体に提出」を選択し、加算様式の提出先を記載した媒体と

「補助金様式を都道府県に提出」を選択し、補助金様式の提出先を記載した媒体をそれぞれ作成してください。

審査事務の円滑化のため、選択していない様式は、グレーアウトされるようになっています。

再度全ての様式を確認したい場合は、「提出の目的」で空欄を選択してください。

2 基本情報

下表に必要事項を入力してください。記入内容が各様式に反映されます。

法人名	フリガナ			
	名称			
法人住所	〒			
	住所1(番地・住居番号まで)			
	住所2(建物名等)			
法人代表者	職名			
	氏名			
法人番号				
書類作成担当者	フリガナ			
	氏名			
連絡先	電話番号			
	E-mail			

3 補助金及び処遇改善加算の対象事業所に関する情報

下表に必要事項を入力してください。記入内容が別紙様式2-2及び別紙様式2-4に反映されます。

※「一月あたり介護報酬総単位数[単位]」は、一月あたり介護報酬総単位数として見込まれる単位数を、前年7月から12月までの6か月間の介護報酬総単位数(処遇改善加算等の各種加算減算を含む。)を6で除するなどの適切な方法によって推計し、事業所ごとに記載してください。

また、「一月あたり処遇改善加算の加算単位数[単位]」は、前年7月から12月までの処遇改善加算の単位数の合計を6で除するなどの方法によって推計し、事業所ごとに記載してください。

なお、令和7年度に事業拡大等に伴う単位数の増減が見込まれる場合には、加算についての適切な計画を策定するため、それらの増減の見込を反映させる等の調整を行っても差し支えありません。

※介護予防や短期利用型サービス含め、記入漏れがないことを確認しました。

[illegible]

[illegible]

[illegible]

1 基本情報

フリガナ			
法人名			
法人所在地	〒 -		
フリガナ			
書類作成担当者			
連絡先	電話番号		E-mail

2 補助金の支給要件及び使途

【支給要件】(1つ以上の項目にチェック(✓))	
職場環境改善等に向けて、以下のいずれかの取組の実施を計画している又は既に実施しています。	
☐	① 業務内容の明確化と職員間の適切な役割分担の取組
☐	② 介護職員等の業務の洗い出しや棚卸しなど、現場の課題の見える化
☐	③ 業務改善活動の体制構築(委員会やプロジェクトチームの立ち上げ又は外部の研修会の活動等)
【使途】(1つ以上の項目にチェック(✓))	
介護人材確保・職場環境改善等事業により、職場環境改善経費への充当又は人件費(一時金等)の改善を行う方法	
☐	① 人件費の改善の実施
☐	② 職場環境改善経費への充当
☐	②を選択した場合、その使途をプルダウンから選択してください。

【記入上の注意】

- 実績報告では、どのような項目の費用にどのくらいの額を当てたかを報告いただきます。
- 職場環境改善経費には、職員に対する研修費用や介護助手等の募集経費、その他の金額が含まれます。「その他の金額」には、補助金の要件である「業務内容の明確化と役割分担」、「現場の課題の見える化」又は「業務改善活動の体制構築」に関する取組を実施するための費用のうち、介護テクノロジー等の機器購入費用でないもの(専門家の派遣費用、会議費等)のみ充当することができます。
- 職場環境改善経費について、複数の取組を行う場合は、主な使途にあたる項目を選択してください。
- 介護テクノロジーの導入等を検討している場合には、「介護テクノロジー導入・協働化等支援事業」をご活用ください。
- 職場環境改善経費について、消費税仕入控除税額に充当することはできません。消費税額を対象経費に含めていた場合、消費税仕入控除税額の申告が必要となり、当該控除税額分に相当する補助金の返還が必要となる場合があります。

3 その他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
介護人材確保・職場環境改善等事業による人件費改善以外の部分で賃金水準を引き下げません。	—
補助金を申請する事業所は、交付対象月において介護職員等処遇改善加算(Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ又はⅣ)を取得している、又は令和7年4月の介護職員等処遇改善加算に係る体制届を提出します。	都道府県・市町村への体制届出
補助金として給付される額は、上記使途のために全額支出します。	給与明細、職場環境改善経費に係る明細書等
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。	—
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
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
都道府県のホームページ等で、介護人材確保・職場環境改善等事業計画書の提出先を確認しました。	—

☐	本介護人材確保・職場環境改善等事業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。						
(以下のどちらか1つにチェック(✓)すること。)							
☐	【提出先の都道府県において、振込先の事業所が債権譲渡を行っていない場合】 介護人材確保・職場環境改善等事業の支払に係る各都道府県の国民健康保険団体連合会から都道府県への支払口座情報の提供に同意します。						
☐	【提出先の都道府県において、振込先の事業所が債権譲渡を行っている場合】 債権譲渡を行っている振込先の事業所について、都道府県に振込口座情報を提供しています。						
令和	7	年		月		日	法人名
							代表者 職名

- 【記入上の注意】
- ・ 各証明資料は、都道府県又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。

2 補助金の見込額、支給要件及び使途	
補助金の使途が示されている	
3 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	
誓約について、空欄の項目がない	
別紙様式2-4(補助金)	
補助金を申請予定の各事業所について、交付対象月が1つのみ指定されている。	
振込先として1つの事業所を選択している。	
債権譲渡に関して未記入の項目がない	

振込に関する情報

(別紙様式2-4から集計・転記)

都道府県	① 見込額(円)	② 振込先の事業所名	③ ②の事業所が債権譲渡を行っており、別途口座を都道府県に登録する必要がある。
	0		

提出先	
-----	--

【記入上の注意】

- ・都道府県ごとに補助金の要件を満たす必要があり、都道府県ごとに振込先の指定方法等、様式が異なる場合もあることから、補助金の計画書は都道府県ごとに作成することが望ましい。
- ・都道府県をまたいで法人一括での作成を行う場合、別紙様式2ー3の補助金の見込額には、提出先の都道府県内に所在する事業所・施設のみを合計額が記載される。
- ・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。
- ・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のいずれかに、都道府県ごと、法人ごとに振り込まれる。そのため、振込先の希望を、各都道府県ごとに1つだけ選択すること。
- ・振込先は、原則、介護給付費等の債権譲渡を行っていない事業所を選択すること。債権譲渡を行っている事業所を振込先とする場合、別途、都道府県府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ること。

補助金の見込額の合計[円]	0
提出先都道府県での補助金の見込額の合計[円]	0

[illegible]

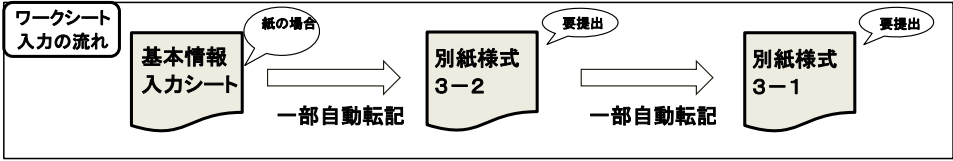
[illegible]

[illegible]

●はじめに本シート(基本情報入力シート)の黄色セルに入力することで、介護保険事業費補助金(介護人材確保・職場環境改善等事業)(以下「補助金」という。)の対象事業所等に関する基本的な情報が、各様式に自動的に転記されます。

【注意】本シートは様式作成用のため、本実績報告書の提出を紙で行う場合、本シートの提出は不要です。ただし、自治体に電子媒体で提出する場合は、本シートを削除せずそのまま提出してください。

●「別紙様式3-1」を完成させるには、「基本情報入力シート」「別紙様式3-2」から転記される情報が必要です。まずはこれらのシートを完成させてください。



●「別紙様式3-1」に記載する補助金による人件費改善の所要額について、具体的な算出方法は問いませんが、各職員に対し、補助金を原資として行った人件費改善額を積み上げる(足し上げる)などの適切な方法により算出してください。また、「人件費改善の所要額」を記入する欄には、基本給、手当、賞与等(退職手当を除く。)を含む金額を記入してください。職場環境改善経費への充当額についても、具体的な算出方法は問いませんが、研修費、介護助手等の募集経費を積み上げる(足し上げる)などの適切な方法により算出してください。

1 提出先に関する情報

介護人材確保・職場環境改善等事業の届出に係る提出先(都道府県)を選択してください。
実績報告書は都道府県単位で作成し、提出してください。

提出先	
-----	--

2 基本情報

下表に必要事項を入力してください。記入内容が別紙様式に反映されます。

法人名	フリガナ	
	名称	
法人住所	〒	
	住所1(番地・住居番号まで)	
	住所2(建物名等)	
法人代表者	職名	
	氏名	
法人番号		
書類作成担当者	フリガナ	
	氏名	
連絡先	電話番号	
	E-mail	

3 補助金を申請した事業所に関する情報(1の提出先に提出すべき事業所のみを記載)

下表に必要事項を入力してください。記入内容が別紙様式3-2(補助金)に反映されます。

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	サービスコード
			都道府県	市区町村			
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							

15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40							
41							
42							
43							
44							
45							
46							
47							
48							

介護人材確保・職場環境改善等事業 実績報告書

1 基本情報

フリガナ			
法人名			
法人所在地	〒		
フリガナ			
書類作成担当者			
連絡先	電話番号		E-mail

2 実績報告について

①補助金の総額(②と③の合計が①以上となること)	0	円	
②人件費改善の所要額		円	
③職場環境改善の所要額((ア)～(ウ)の合計)	0	円	
(ア)研修費		円	
(イ)介護助手等の募集経費		円	
(ウ)その他の金額		円	

③(ウ)「その他の金額」に記載した場合の使途

対象となる要件	

【記入上の注意】

- ・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補助金による人件費改善及び職場環境改善の総額が補助金による収入額以上となること。
Ⅱ職場環境改善を、研修費、介護助手等の募集経費以外に充てた場合、その使途を記載すること。
- ・②「人件費改善の所要額」には、補助金により人件費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。
- ・「その他の金額」には、補助金の要件である「現場の課題の見える化」、「業務内容の明確化と役割分担」、又は「業務改善活動の体制構築」に関する取組を実施するための費用のうち、介護テクノロジー等の機器購入費用でないもの(専門家の派遣費用、会議費等)のみ充当することができる。
- ・「その他の金額」に記載した場合において、対象となる要件が複数ある場合は、プルダウンでは主な対象となる要件を選択し、その他の要件については、備考欄に記載すること。
- ・本補助金を、介護テクノロジー等の機器購入費用に充てることができないため、そのような使用が都道府県によって確認された場合、チェックリストに○がついていても、要件を満たしていないと審査される可能性がある。

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

補助金を人件費の改善に使用した場合、補助金以外の部分で賃金水準を引き下げません。	
--	--

【記入上の注意】

- ・やむを得ない事情により補助金以外の部分で賃金水準を引き下げた場合、下記備考欄に経緯の概要を記載すること。
(例:事業規模の縮小に伴う職員数・賃金総額の減少等)

備考欄

--

4 職場環境改善経費の消費税額について

職場環境改善経費に消費税額を含めていません。	
------------------------	--

5 記載内容に虚偽がないことの誓約

実績報告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 7 年 月 日 法人名 代表者 職名 氏名

【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。

2 実績報告について	
② 人件費改善及び職場環境改善の所要額の和が補助金の総額以上となること	
③ 職場環境改善を、研修費、介護助手等の募集経費以外に充てた場合、具体的な使途を記載していること	
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	
補助金による人件費改善以外の部分で賃金水準を引き下げない	
4 職場環境改善経費の消費税額について	
職場環境改善経費の消費税額について、取扱いを理解した	
5 記載内容に虚偽がないこと等の誓約	
誓約について、空欄の項目がない	

法人名	
提出先の都道府県における補助金額の合計[円]	
0	

【記入上の注意】
・本表に記載する事業所は、介護人材確保・職場環境改善等事業計画書の基本情報入力シートで当補助金を申請すると記載した事業所と一致しなければならない。
・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	サ ー ビ ス コ ー ド	補助金の総額[円]
			都道府県	市区町村				
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
32								
33								
34								

	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	サー ビス コード	補助金の総額[円]
			都道府県	市区町村				
35								
36								
37								
38								
39								
40								
41								
42								
43								
44								
45								
46								
47								
48								
49								
50								
51								
52								
53								
54								
55								
56								
57								
58								

変更に係る届出書(介護人材確保・職場環境改善等事業)

基本情報

フリガナ				
法人名				
法人所在地	〒			
フリガナ				
書類作成担当者				
連絡先	電話番号		E-mail	

介護人材確保・職場環境改善等事業に係る計画書の内容について、次のとおり変更するので、必要書類を添えて届け出ます。

1 変更が生じた日	令和		年		月		日
2 変更の概要							

令和 年 月 日

(法人名)
(代表者名)
