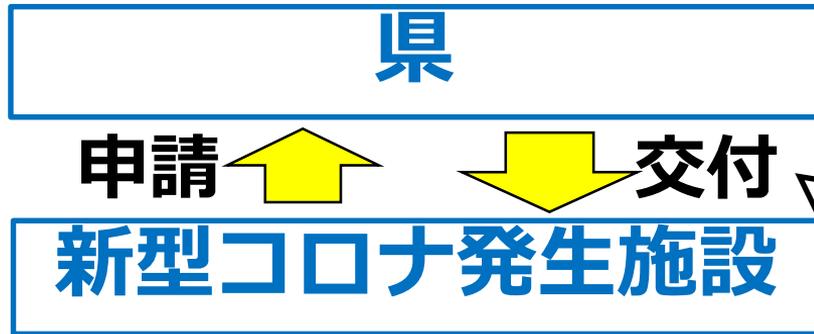


補助金交付申請の様式改善により 事業者・職員の負担軽減

健康福祉部 福祉指導課

介護指導第1班、第2班

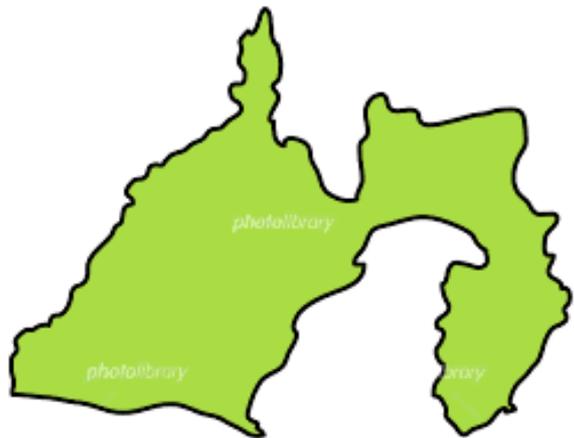
「社会福祉サービス確保支援事業費補助金」



対応に要した経費を助成



介護サービス継続を支援



年間申請施設数

1,500

(対象地域：県内全域)

改善前の状況（事業者）

交付申請書 + 10種類以上の資料作成が必要

補助新し号【申請】日本復興期給付金（仮拠）

令和 年 月 日

申請者氏名 氏名 姓

所在地
名称
代表者氏名

新型コロナウイルス感染症流行下における介護サービス
事業所等のサービス提供促進補助事業補助金交付申請書

資料について、下記のとおりお申し込みします。
なお、交付決定の上は、随時届されるよう併せてお申し込みします。

記

1. 交付申請書
 (1) 金額 円
 (補助金所要額) (補助金に算入経費税仕入控除税額) (補助金額) 円 - 円 = 円

2. 総務科の承認申請
 (1) 金額
 (2) 理由
 (3) 時期

3. 銀行振替
 (1) 事業計画書【申請1-1】
 (2) 事業計画・施設利用申請書【申請1-2】
 (3) 事業計画・施設利用計画【申請1-3】
 (4) 誓約書【申請1-4】
 (5) 補助対象事業所・施設に関する確認書【申請1-5】
 (6) 口座振替届出申請書【申請1-6】
 (7) 収支決算書【申請1-7】
 (8) 資金収支計画【申請1-8】

申請団体責任者様へ 氏名
申請者行政事務係長へ 氏名
口座振替届出
金融機関名、支店名
口座種別、口座番号

※ 補助金額が0円以下の場合、2 (5) 資金収支計画【申請1-8】は不要です
※ 銀行振替を利用しない場合は、2 (5) 資金収支計画【申請1-8】は不要です



補助1-1(1) 経費表【新型コロナウイルス感染症】

令和4年度新型コロナウイルス感染症流行下における介護サービス事業所等におけるサービス提供促進補助事業
補助金申請書

申請者氏名 氏名 姓

所在地
名称
代表者氏名

新型コロナウイルス感染症流行下における介護サービス事業所等におけるサービス提供促進補助事業補助金交付申請書

品目	品名	数量	単価	金額	消費税	合計
1	経費表	1	109,200	109,200	10,920	120,120

品目	品名	数量	単価	金額	消費税	合計
1	経費表	1	109,200	109,200	10,920	120,120

領収金額 ¥109,200

株主 株式会社 10% 65,000
 役員 株式会社 10% 6,000

株主 株式会社 45% 49,200
 役員 株式会社 45% 4,800

株式会社 株式会社
 〒100-0000 東京都千代田区
 TEL: 03-1234-XXXX
 登録番号 1234567890

領収書

品目	品名	数量	単価	金額	消費税	合計
1	経費表	1	109,200	109,200	10,920	120,120

領収書

品目	品名	数量	単価	金額	消費税	合計
1	経費表	1	109,200	109,200	10,920	120,120

補助1-1(1) 経費表【新型コロナウイルス感染症】

令和4年度新型コロナウイルス感染症流行下における介護サービス事業所等におけるサービス提供促進補助事業
補助金申請書

申請者氏名 氏名 姓

所在地
名称
代表者氏名

新型コロナウイルス感染症流行下における介護サービス事業所等におけるサービス提供促進補助事業補助金交付申請書

申請団体責任者様へ 氏名
申請者行政事務係長へ 氏名
口座振替届出
金融機関名、支店名
口座種別、口座番号

領収書

品目	品名	数量	単価	金額	消費税	合計
1	経費表	1	109,200	109,200	10,920	120,120

申請者氏名 氏名 姓

所在地
名称
代表者氏名

新型コロナウイルス感染症流行下における介護サービス事業所等におけるサービス提供促進補助事業補助金交付申請書

申請団体責任者様へ 氏名
申請者行政事務係長へ 氏名
口座振替届出
金融機関名、支店名
口座種別、口座番号



改善前の状況（審査職員）

○審査体制

年間申請 1,500件



1次審査者 9人

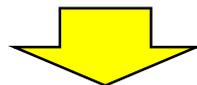
160件/人



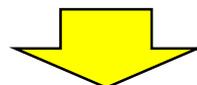
2次審査者 4人

370件/人

事業者指導の合間に審査



整合確認や修正依頼に長時間



主要業務の事業者指導が停滞

業務効率化が急務！

私たちが取り組んだこと

- 分散した様式ファイルを統合
- 様式間の転記を自動化

改善後の申請書ファイル

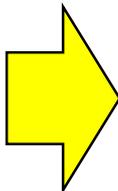
基本情報シートを入力すれば… 必要な様式が自動で完成!

●基本情報入力シート

※このシートの水色セルに入力してください。
 (入力完了したセルはオレンジ色に変わります。)
 ※様式第1号等の各シートに反映されます。
 ※別途、各シートの黄色塗りつぶしのセルも入力してください。

交付申請書の提出日	交付申請書の提出日
申請者(法人名)	法人所在地、法人名
申請者(法人名フリガナ)	※申請者の所在地、 いて、全て一致させて 更内容が確認できる
法人所在地(郵便番号)	
法人所在地(住所)	
代表者職名	
代表者氏名	例) 420-8601
申請担当者の連絡先(電話番号)	
申請担当者の連絡先(FAX)	申請担当者の連絡先 違いがないように記
申請担当者の連絡先(E-mail)	
申請担当者の職名	
申請担当者の氏名	令和5年度分の交付
本申請書に記載した経費が他の補助金や給付金により補填されたものでないことを御確認のうえ、右欄で○を選択してください。	
令和5年度分の申請回数	

●通知等郵送物の送付先の住所



The generated forms include:

- Form 1: Main application form with fields for applicant name, address, and contact information.
- Form 2: Detailed financial statement table with columns for various categories and amounts.
- Form 3: Summary table with columns for 'Category', 'Amount', and 'Status'.
- Form 4: Another main application form, similar to Form 1.
- Form 5: Another detailed financial statement table, similar to Form 2.
- Form 6: Another summary table, similar to Form 3.

改善による効果

事業者（申請者）

県（審査者）

- ・書類作成の負担が減少
- ・書類間の不整合が解消

- ・書類間の照合が最低限に
- ・事業者への修正依頼が減少

審査時間 年間120時間減

介護事業所への指導件数 増

取組のポイント

- ① 事業者の声に耳を傾ける！
- ② 「まね」して短時間で最大効果を！
- ③ 組織の主要業務を最優先に！

福祉指導課 介護指導班 メンバー



御清聴ありがとうございました