

## 静岡県介護職員処遇改善支援事業費補助金交付要綱

### 第1 趣旨

知事は、介護職員の人材確保という喫緊の課題に対応し、介護職員の処遇改善を図るため、介護職員処遇改善支援事業を実施する県内の介護サービス事業所等に対し、予算の範囲内において補助金を交付するものとし、その交付に関しては、静岡県補助金等交付規則（昭和31年静岡県規則第47号）及びこの要綱の定めるところによる。

### 第2 定義

- (1) この要綱において、「介護職員処遇改善支援事業」とは、令和5年度介護職員処遇改善支援補助金実施要綱（令和6年1月25日付け老発0125第5号厚生労働省老健局長通知。以下「国実施要綱」という。）に基づき実施する事業をいう。
- (2) この要綱において「介護サービス事業所等」とは、別表2に定めるサービスを提供する介護サービス事業所又は介護保険施設をいう。

### 第3 補助の対象及び補助額（率）

別表1のとおりとする。

### 第4 交付の申請

- (1) 提出書類 各1部
  - ア 交付申請書（様式第1号）
  - イ 介護職員処遇改善支援事業費補助金計画書（様式第2-1号）
  - ウ 介護職員処遇改善支援事業費補助金計画書（施設・事業所別個表）（様式第2-2号）
  - エ その他別に定める書類
- (2) 提出期限  
別に定める日まで

### 第5 交付の決定

知事は、交付申請書等を受理したときは、当該申請を審査し、補助金の交付決定又は不交付の決定を行い、申請者に通知するものとする。

### 第6 交付の条件

この補助金の交付の決定には、次の条件が付されるものとする。

- (1) 知事は、補助金の交付の決定後、補助金の趣旨に該当しない事実や交付申請の内容と異なる事実、又は対象要件に該当しない事実が判明したときは、交付の決定の全部又は一部を取り消し、交付金の全部又は一部を返還させることができること。
- (2) 知事は、事業の円滑かつ確実な遂行を図るため、申請者に対し、事業の遂行状況等について検査を実施したり、報告を求めることがあり、申請者はこれに従わなければならないこと。
- (3) 申請者は、事業内容の変更（軽微な変更を除く。）をする場合は、知事の承認を受けなければならないこと。

い。

- (4) 申請者は、事業を中止し、又は廃止する場合には、あらかじめ知事の承認を受けなければならないこと。
- (5) 申請者は、事業に係る予算及び決算との関係を明らかにした調書を作成するとともに、事業に係る歳入及び歳出について証拠書類を整理し、かつ調書及び証拠書類を補助金の額の確定の日の属する年度の終了後5年間保管しておかなければならないこと。

## 第7 交付の取り下げ

申請者は、補助金の交付申請を取り下げようとする場合は、交付決定の通知を受けた日から起算して15日以内に、その旨を記載した書面を知事に提出しなければならない。

## 第8 変更の承認申請

- (1) 提出書類 各1部
  - ア 変更承認申請書（様式第3号）
  - イ 介護職員処遇改善支援事業費補助金計画書（様式第2-1号）
  - ウ 介護職員処遇改善支援事業費補助金計画書（施設・事業所別個表）（様式第2-2号）

## 第9 実績報告

- (1) 提出書類 各1部
  - ア 実績報告書（様式第4号）
  - イ 介護職員処遇改善支援事業費補助金実績報告書（様式第5-1号）
  - ウ 介護職員処遇改善支援事業費補助金実績報告書（施設・事業所別個表）（様式第5-2号）
  - エ その他別に定める書類
- (2) 提出期限

令和6年10月31日（ただし、第6の(4)により補助金事業の中止又は廃止の承認を受けた場合は、当該承認通知が到達した日から起算して30日を経過した日又は令和6年10月31日のいずれか早い日）まで。

## 第10 交付額の確定等

知事は、事業完了又は廃止に係る補助金事業の成果の報告を受けた場合においては、第9の実績報告書等の書類の審査等の結果、その報告に係る補助金事業の成果が交付決定の内容及びこれに附した条件に適合すると認めるときは、交付すべき補助金の額を確定し、申請者に通知するものとする。

## 第11 補助金の交付

知事は、第5で決定した額を概算で交付するものとする。

## 第12 返還

補助金の交付の決定を取り消した場合において、当該取消しに係る部分について、すでに補助金が交付されているときは、期限を定めて返還させることとする。

### 第13 その他

この要綱に定めるもののほか、補助金の交付に関し必要な事項は、知事が別に定める。

#### 附 則

この要綱は、令和4年度分の補助金に適用する。

#### 附 則

この要綱は、令和6年度分の補助金に適用する。

別表1（第3関係）

対象事業	対象経費	補助額	補助率
介護職員処遇改善支援事業	介護職員等の処遇改善に充てられた経費	次により算出された額（1円未満の端数切り捨て） 一月当たりの介護報酬総単位数（基本報酬サービス費に各種加算減算を加えた単位数をいう。ただし、過去に支払われた報酬の額に誤りがあったため、過誤調整を実施した場合は、その過誤調整分を含む（令和6年1月サービス分以前の過誤調整は含まない。)) に、1単位の単価を乗じ、サービス別交付率（別表2）を乗じた額	10/10

別表2

サービス区分	交付率
訪問介護	1.2%
夜間対応型訪問介護	1.2%
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1.2%
（介護予防）訪問入浴介護	0.7%
通所介護	0.7%
地域密着型通所介護	0.7%
（介護予防）通所リハビリテーション	0.6%
（介護予防）特定施設入居者生活介護	0.8%
地域密着型特定施設入居者生活介護	0.8%
（介護予防）認知症対応型通所介護	1.4%
（介護予防）小規模多機能型居宅介護	1.0%
看護小規模多機能型居宅介護	1.0%
（介護予防）認知症対応型共同生活介護	1.3%
介護老人福祉施設	0.9%
地域密着型介護老人福祉施設	0.9%
（介護予防）短期入所生活介護	0.9%
介護老人保健施設	0.5%
（介護予防）短期入所療養介護（老健）	0.5%
介護療養型医療施設	0.5%
介護医療院	0.3%
（介護予防）短期入所療養介護（医療院等・医療院）	0.3%

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は、訪問型は訪問介護と、通所型は通所介護と同じとする。

様式第1号（用紙 日本産業規格A4縦型）

介護職員処遇改善支援事業費補助金交付申請書

第 号  
年 月 日

静岡県知事 氏 名 様

法人の所在地  
法 人 名  
代表者職・氏名

令和 年度において介護職員処遇改善支援事業を実施したいので、補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

1 交付申請額 円

（注1）以下の項目についても記載すること。

責任者 職・氏名

作成者 職・氏名

（注2）次の書類を添付すること

介護職員処遇改善支援事業費補助金計画書（様式第2-1号）

介護職員処遇改善支援事業費補助金計画書（施設・事業所別個票）（様式第2-2号）

介護職員処遇改善支援事業費補助金処遇改善計画書

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 賃金改善計画について

①介護職員処遇改善支援事業費補助金の見込額(令和6年2~5月分)		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)		円	← <span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span>
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事業費補助金の見込額(令和6年4・5月分)		円	( <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 15px;"></span> ) % ← <span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span>
ii) 賃金改善の見込額(令和6年4・5月分)		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)		円	
介護職員の賃金改善の見込額(参考)		円	
うち、基本給等による改善の見込額		円	( <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 15px;"></span> ) %
(一月あたり)		円	
その他の職員の賃金改善の見込額(参考)		円	
うち、基本給等による改善の見込額		円	( <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 15px;"></span> ) %
(一月あたり)		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、処遇改善支援事業費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。

<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> 処遇改善支援事業費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。	← <span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span>
---	--

【記入上の注意】

- ・ 「処遇改善支援事業費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月の処遇改善支援事業費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るため、詳細な考え方は、様式第5-1号(実績報告書)を参照すること。
- ・ 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助業費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)	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)	手当(既存の 増額)	賞与 該当なし(全て基 本給等)
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	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。			
③ベースアップの実施予定	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
令和6年2月分から賃金改善を実施しています。	—
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。	都道府県・市町村への体制届出
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
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
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
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
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。	—
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助業費補助金の支払に係る国民健康保険団体連合会からの支払口座情報の提供に同意します。(様式第2-2号 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  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。

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	
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事業費補助金の見込額以上となっている	
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	
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	
処遇改善支援事業費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	
4 介護職員処遇改善支援事業費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	
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	
誓約について、空欄の項目がない	



様式第2-2号

介護職員処遇改善支援事業費補助金計画書(施設・事業所別個表)

提出先

法人名

【記入上の注意】

- ・処遇改善支援事業費補助金計画書は、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資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。

介護職員処遇改善支援事業費補助金額(見込額)の合計[円](e)	
うち、令和6年4・5月分の補助金額(見込額)の合計[円](f)	

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事業費補助金の見込額(e) [円] (a × b × c × d)	うち、令和6年4・5月分の補助金の見込額(f) [円] (e × 1/2)
			都道府県	市区町村									
1											令和6年 月～令和6年 月(ヶ月)		
2											令和6年 月～令和6年 月(ヶ月)		
3											令和6年 月～令和6年 月(ヶ月)		
4											令和6年 月～令和6年 月(ヶ月)		
5											令和6年 月～令和6年 月(ヶ月)		
6											令和6年 月～令和6年 月(ヶ月)		
7											令和6年 月～令和6年 月(ヶ月)		
8											令和6年 月～令和6年 月(ヶ月)		
9											令和6年 月～令和6年 月(ヶ月)		
10											令和6年 月～令和6年 月(ヶ月)		
11											令和6年 月～令和6年 月(ヶ月)		
12											令和6年 月～令和6年 月(ヶ月)		
13											令和6年 月～令和6年 月(ヶ月)		
14											令和6年 月～令和6年 月(ヶ月)		
15											令和6年 月～令和6年 月(ヶ月)		
16											令和6年 月～令和6年 月(ヶ月)		
17											令和6年 月～令和6年 月(ヶ月)		
18											令和6年 月～令和6年 月(ヶ月)		
19											令和6年 月～令和6年 月(ヶ月)		
20											令和6年 月～令和6年 月(ヶ月)		

様式第3号（用紙 日本産業規格A4縦型）

介護職員処遇改善支援事業費補助金事業計画変更承認申請書

第 号  
年 月 日

静岡県知事 氏 名 様

法人の所在地  
法 人 名  
代表者職・氏名

年 月 日付け 第 号により補助金の交付の決定を受けた介護職員処遇改善支援事業の計画を次のとおり変更したいので、承認されるよう関係書類を添えて申請します。

1 計画変更の理由

2 変更の内容

（注1）以下の項目についても記載すること。

責任者 職・氏名

作成者 職・氏名

（注2）次の書類を添付すること

介護職員処遇改善支援事業費補助金計画書（様式第2-1号）

介護職員処遇改善支援事業費補助金計画書（施設・事業所別個票）（様式第2-2号）

様式第4号（用紙 日本産業規格A4縦型）

実 績 報 告 書

第 号  
年 月 日

静岡県知事 氏 名 様

法人の所在地  
法 人 名  
代表者職・氏名

年 月 日付け 第 号により補助金交付の決定を受けた介護職員処遇改善支援事業が完了したので、関係書類を添えて報告します。

（注1）以下の項目についても記載すること。

責任者 職・氏名

作成者 職・氏名

（注2）次の書類を添付すること

介護職員処遇改善支援事業費補助金実績報告書（様式第5-1号）

介護職員処遇改善支援事業費補助金実績報告書（施設・事業所別個票）（様式第5-2号）

介護職員処遇改善支援事業費補助金 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介護職員処遇改善支援事業費補助金の総額(令和6年2~5月分)			円
②賃金改善の所要額(令和6年2~5月分)(右欄の額は①欄の額以上となること)			円 ←
③基本給等による賃金改善の所要額(令和6年4・5月分)			
i)介護職員処遇改善支援事業費補助金の総額(令和6年4・5月分)		円	( <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 15px;"></span> ) % ←
ii)賃金改善の所要額(令和6年4・5月分)		円	
iii)うち、基本給等による賃金改善の所要額(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)		円	
介護職員の賃金改善の所要額(参考)		円	
うち、基本給等による改善の所要額		円	( <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 15px;"></span> ) %
		(一月あたり)	円
その他の職員の賃金改善の所要額(参考)		円	
うち、基本給等による改善の所要額		円	( <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 15px;"></span> ) %
		(一月あたり)	円
④ベースアップの実施	実施した	実施した場合、ベースアップ率	実施していない場合、やむを得ない事情
	実施していない		

【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 補助金による賃金改善の総額が補助金による収入額以上となること
- 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こと
- ・②「賃金改善の所要額」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。
- ・「ベースアップ」とは、「賃金表の改訂により基本給等の水準を一律に引き上げること」を指す。

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

① 令和6年2月から5月の処遇改善支援事業費補助金を除いた賃金総額((ア)-(イ)) (②以上の額となること)		円 ←
(ア)令和6年2月から5月の賃金の総額		円
(イ)令和6年2月から5月の処遇改善支援事業費補助金の総額		円
② 令和5年2月から5月の賃金総額		円 ←

【記入上の注意】

- ・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し、調整の具体的な考え方について、以下の「備考欄」に記載することとする。また、令和5年3月以降に新設された事業所については、令和6年1月以前の適切な期間(4か月間)の賃金総額などの適切な金額を記載すること。

備考欄

4 記載内容に虚偽がないこと等の誓約

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 6 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。

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="checkbox"/>
2 実績報告について	
② 賃金改善の所要額が介護職員処遇改善支援事業費補助金の総額以上となること	<input type="checkbox"/>
③ 基本給等による賃金改善の所要額(令和6年4・5月分)が補助金額(令和6年4・5月分)の2/3以上となること	<input type="checkbox"/>
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	
処遇改善支援事業費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ている	<input type="checkbox"/>
4 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	<input type="checkbox"/>

様式第5-2号

介護職員処遇改善支援事業費補助金実績報告書(施設・事業所別個表)

提出先

法人名	
-----	--

【記入上の注意】\*本表に記載する事業所は、処遇改善支援事業費補助金 処遇改善計画書の様式第2号に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。

介護職員処遇改善支援事業費補助金額の合計[円]	
うち、令和6年4・5月分の補助金の合計[円]	

	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	交付対象期間			介護職員処遇 改善支援事業 費補助金の総 額(令和6年 2~5月)[円]	うち、令和6年 4・5月分の補 助金の総額 [円]
			都道府県	市区町村			令和 6 年	月~令和 6 年	月 ( ヶ月)		
1							令和 6 年	月~令和 6 年	月 ( ヶ月)		
2							令和 6 年	月~令和 6 年	月 ( ヶ月)		
3							令和 6 年	月~令和 6 年	月 ( ヶ月)		
4							令和 6 年	月~令和 6 年	月 ( ヶ月)		
5							令和 6 年	月~令和 6 年	月 ( ヶ月)		
6							令和 6 年	月~令和 6 年	月 ( ヶ月)		
7							令和 6 年	月~令和 6 年	月 ( ヶ月)		
8							令和 6 年	月~令和 6 年	月 ( ヶ月)		
9							令和 6 年	月~令和 6 年	月 ( ヶ月)		
10							令和 6 年	月~令和 6 年	月 ( ヶ月)		
11							令和 6 年	月~令和 6 年	月 ( ヶ月)		
12							令和 6 年	月~令和 6 年	月 ( ヶ月)		
13							令和 6 年	月~令和 6 年	月 ( ヶ月)		
14							令和 6 年	月~令和 6 年	月 ( ヶ月)		
15							令和 6 年	月~令和 6 年	月 ( ヶ月)		
16							令和 6 年	月~令和 6 年	月 ( ヶ月)		
17							令和 6 年	月~令和 6 年	月 ( ヶ月)		
18							令和 6 年	月~令和 6 年	月 ( ヶ月)		
19							令和 6 年	月~令和 6 年	月 ( ヶ月)		
20							令和 6 年	月~令和 6 年	月 ( ヶ月)		