

## 福祉・介護人材の処遇改善助成金実績報告書及びその他留意事項について

平成 22 年 3 月 5 日  
沖縄県障害保健福祉課  
事業指導支援班

### 1 実績報告の提出期限及び提出先

(1) 提出期限⇒平成 22 年 5 月 15 日 (必着) (受付開始は 4 月 1 日より)

(2) 提出書類

ア 福祉・介護職員処遇改善実績報告書 (別記様式 5)

イ 福祉・介護職員処遇改善実績報告書 (都道府県内事業所等一覧表) (別記様式 5 (添付書類 1))

ウ 賃金改善に要した費用の積算の根拠となる資料【参考様式 (賃金改善額の積算根拠となる資料)】

エ 福祉・介護職員処遇改善実績報告書 (都道府県状況一覧表) (別記様式 5 (添付書類 2))

オ 提出書類等チェック表

注 1 : ア、ウ及びオはすべての承認事業者が提出してください。

注 2 : イは複数事業所又は 1 事業所であっても複数サービスを実施している事業者のみ提出して下さい。

注 3 : エは他都道府県にある事業所の福祉・介護職員の賃金改善に充当した事業者のみ提出して下さい。

(3) 提出部数 : 1 部

(4) 提出方法

実績報告書その他必要な書類を全て揃え、原則郵送で提出して下さい。(事務処理の都合上)なお、その際は封筒表面に「処遇改善助成金実績報告在中」と朱書きして下さい。

(5) 提出先 : 〒900-8570 沖縄県那覇市泉崎 1-2-2

「沖縄県福祉保健部 障害保健福祉課 宛」

### 2 助成金を充てることのできる範囲

(1) 賃金改善の範囲

賃金改善以外の処遇改善に助成金を充てることはできません。また、法定外福利費、制服

の貸与、実費弁償などは、賃金改善には含まれません。

#### (2) 助成金の対象となる職種の範囲

助成金の対象となる職員については、その職員が勤務しているサービスに係る人員基準の常勤換算上、その職員の勤務時間の算入が認められる場合に限られます。このため、対象職種に該当する職員であっても、人員基準上の職種に該当しない職員については、実際に直接処遇の業務に携わっていても助成金の対象となりません。

#### (3) 新規雇用職員の扱い

賃金改善実施期間中に新たに雇用した職員については、その職員に平成 20 年度下半期の賃金算定ルールを適用した場合の賃金と実際の賃金との差額が賃金改善分となります。

### 3 提出書類作成上の留意事項

#### (1) 実績報告書を作成する単位

1 枚の福祉・介護職員処遇改善計画書につき、必ず 1 枚の実績報告書を作成してください。  
(例：1つの法人で 2 部申請書を提出している場合、実績報告も 2 部必要)

#### (2) 今回報告の対象となる助成金の範囲

##### (ア) 沖縄県国民健康保険団体連合会に報酬等の支払の委託をしているサービス

平成 21 年 10 月から平成 22 年 1 月までに提供されたサービスに係る報酬等に係る助成金のうち、原則平成 22 年 3 月末までに支払われるもの

**注 2**：年度をまたいだ月遅れ請求があった場合

例：平成 22 年 1 月サービス提供分の本体報酬及び助成金が、平成 22 年 3 月 31 日までに確定していれば、平成 21 年度分の助成金として取り扱います。

また、過誤調整についても同様の取り扱いとします。

##### (イ) 上記以外のサービス（旧法精神障害者施設、小規模通所授産施設等）

平成 21 年 10 月から平成 22 年 1 月までに提供されたサービスに係る補助金等（4 か月分）に係る助成金

#### (3) 介護保険サービスにも従事している場合の記載内容

記載内容は特に指示等がない限り、障害福祉サービスの対象職種に従事した分の賃金等に関する分のみを記載してください。介護保険のサービスに従事した分の賃金等に関する分は除いてください。

#### (4) 賃金改善実施期間及び支払項目について

計画承認後はなるべく計画書に沿った支払が望ましいですが、計画書と実際の支払期間及び支払項目が異なる場合は、実際の支払期間及び支払項目を記載してください。

#### (5) 賃金改善に要した費用の積算の根拠となる資料

承認された事業者は、「助成金に係る支出と実際に賃金改善に充てたことがわかる書類」を作成する義務があり、沖縄県で様式を定めておりますので、その様式に必要事項を記載して提出して下さい。

なお、参考様式以外の詳細な資料の提出までは求めませんので、賃金台帳の写し等は原則として提出不要です。(ただし、事業所で根拠資料を整備して保管する必要があります)

## 4 その他の留意事項

### (1) 変更届の提出

賃金規程については、計画書に記載した賃金改善が実施可能な規定になっているかどうかを確認し、なっていない場合は賃金規程を改正の上、速やかに知事あて変更届を提出してください。就業規則についても同様です。変更届等の様式は県ホームページに掲載してあります。

また、新体系事業所に移行した場合や、サービス種類を追加した場合も、変更後1か月以内に変更届を提出してください。(指定申請書と同時に提出していただいても差し支えありません。)

### (2) 助成金に関する書類の保存

20年度下半期の賃金に関する書類(賃金台帳等)についても、この助成金に関する書類として実績報告後5年間保管してください。

### (3) 処遇改善助成金の請求をしなかった場合

処遇改善助成金の承認を受けた事業所が、処遇改善情報の登録をしない(処遇改善助成金を請求しない)場合でも、エラーになりません。

### (4) 助成金の返還について

支給された助成金額よりも実際の賃金改善額が少なかった場合は、その差額を返還していただくこととなります。その具体的な事務については、該当事業者あて別途連絡いたします。

**※実績報告書を提出しないと助成金の全額返還の可能性がります。実績報告書は必ず期日までに提出して下さい。**

平成 年 月 日

沖縄県知事 仲井眞 弘多 あて

(法人住所)  
(法人名 )  
(代表者名)

印

平成 年度 沖縄県福祉・介護人材の処遇改善事業 対象事業者変更届

平成 年 月 日付け福障害第 号で承認通知があった沖縄県福祉・介護人材の処遇改善事業について、下記のとおり変更したので届出ます。

記

1 変更年月日（事実発生日） 平成 年 月 日

2 変更内容

※ 下記の（１）～（３）の該当する項目に○印をし、各項目に必要事項を記載してください。

（１）会社法による吸収合併、新設合併等による福祉介護職員処遇改善計画書の作成単位の変更

助成金受給額		円
合併等の前の助成金の使用実績		円
助成金残額		円
承継後の助成金の取扱い（下記に概要を記載してください。）		

（２）複数の事業所を１つの計画書にまとめて申請し、事業所等の増減があった場合

異動事由	障害福祉サービス 事業所番号	事業所の名称	サービス名
新規指定・移転・廃止	47		
新規指定・移転・廃止	47		
新規指定・移転・廃止	47		
新規指定・移転・廃止	47		
新規指定・移転・廃止	47		

※ 旧法施設が新体系移行により事業所名称や実施サービス等が変更になった際も届出が必要です。

※ 計画書の承認後に、新規のサービス指定やサービスの廃止等があった際も届出が必要です。

（３）就業規則、給与規程等の改正（福祉介護職員の処遇改善に関する内容に限る。）

※改正後の就業規則、給与規程等を添付して提出すること。

記入担当者名	
電話番号	
メールアドレス	

# 提出書類等チェック表

(本チェック表で確認の上、実績報告書等と一緒に提出してください。)

法人名	
記入担当者名	
連絡先	

## 提出書類チェック表

※提出している書類の口欄にシ印を付けてください。該当がない項目については、口欄に×印を付けてください。

福祉・介護職員処遇改善実績報告書(別紙様式5)	<input type="checkbox"/>	必ず提出が必要です。
福祉・介護職員処遇改善実績報告書(都道府県内事業所等一覧表)(別紙様式5(添付書類1))	<input type="checkbox"/>	複数の事業所(サービス)で申請している場合に提出が必要です。
福祉・介護職員処遇改善実績報告書(都道府県状況一覧表)(別紙様式5(添付書類2))	<input type="checkbox"/>	他の都道府県の事業所間で、助成金の融通を行った場合に提出が必要です。
参考様式(賃金改善額の積算根拠となる資料)	<input type="checkbox"/>	必ず提出が必要です。

## 記載内容チェック表

※点検の結果、誤りがなければ、口欄にシ印を付けてください。該当がない項目については、口欄に×印を付けてください。

### 福祉・介護職員処遇改善実績報告書(別紙様式5)

福祉・介護職員処遇改善実績報告書	<input type="checkbox"/>	年度の記載はされていますか。
①平成21年度助成金受給総額	<input type="checkbox"/>	10月～1月サービス提供分にかかる助成金の総額が記載されていますか。
②助成金による賃金改善実施期間	<input type="checkbox"/>	実際に従業員に支払った期間を記載していますか。(4ヶ月の期間)【計画書と違っても実支払期間を記載すること】
③福祉・介護職員常勤換算数(②の期間の総数)	<input type="checkbox"/>	上記②の期間における各月の対象となる福祉・介護職員の常勤換算数の合計が記載されていますか。 (例)賃金改善期間を12月～3月で設定している場合で、12月の福祉・介護職員の常勤換算数5人、1月の常勤換算数4.7人、2月の常勤換算数5.0人、3月の常勤換算数4.8人であった場合。 5+4.7+5+4.8=19.5人
④福祉・介護職員に支給した賃金額(②の期間の総数)	<input type="checkbox"/>	上記②の期間に対象となる福祉・介護職員に支給した賃金の総額が記載されていますか。
⑤福祉・介護職員一人当たり賃金月額(④÷③)	<input type="checkbox"/>	④÷③の金額が記載されていますか。
⑥②の期間において実施した賃金改善の概要	<input type="checkbox"/>	②の期間に実施した対象となる福祉・介護職員の賃金改善内容について具体的に記載されていますか。
⑦⑥に要した費用の総額	<input type="checkbox"/>	②に期間において支出した⑥の対象となる福祉・介護職員の賃金改善額が記載されていますか。
⑧他都道府県の事業所等の福祉・介護職員の賃金改善の原資として充当した額	<input type="checkbox"/>	他都道府県の事業所間で、助成金の融通を行った場合は、記載が必要です。(なければ0円と記載すること)
⑨⑦のうち、他都道府県の事業所等が助成を受けた助成金を原資として改善した額	<input type="checkbox"/>	
⑩賃金改善所要額(⑦+⑧-⑨)	<input type="checkbox"/>	計算結果(⑦+⑧-⑨)は正しく記載されていますか。他都道府県の事業所と助成金のやり取りがない場合は、⑦の金額と同額になります。
⑪助成金余剰額(返還額)(①-⑩)	<input type="checkbox"/>	計算結果(①-⑩)は正しく記載されていますか。
⑫福祉・介護職員一人当たり賃金改善月額(⑦÷③)	<input type="checkbox"/>	⑦÷③の金額が記載されていますか。

### 証明欄について

証明欄について(最下段)	<input type="checkbox"/>	証明年月日、法人名、代表者の役職、氏名が記載され、印鑑が押印されていますか。
--------------	--------------------------	--

### 別紙様式5(添付書類1)都道府県内事業所等一覧表

都道府県内事業所一覧表	<input type="checkbox"/>	複数事業所(サービス)を一括して申請している場合に添付されていますか。
法人名	<input type="checkbox"/>	法人名は記載されていますか。
事業所番号 事業所の名称 サービス名	<input type="checkbox"/>	助成金を申請した事業所の事業所番号と事業所名称、サービス名が全て記載されていますか。(指定を受けている事業所名等で記載ください。)
ページ数、総ページ数	<input type="checkbox"/>	ページ数、総ページ数は記載されていますか。

### 別紙様式5(添付書類2)都道府県状況一覧表

都道府県情報一覧表	<input type="checkbox"/>	他都道府県の事業所間で、助成金の融通を行った場合に添付されていますか。
	<input type="checkbox"/>	必要事項が全て記載されていますか。

### 参考様式(賃金改善額の積算根拠となる資料)

1 助成金受領総額		
助成金受領総額	<input type="checkbox"/>	支給を受けた助成金額が記載されていますか。
	<input type="checkbox"/>	助成金受給額の合計額は、別紙様式5の①の金額と同額になっていますか。また、複数サービスを申請している場合は、別紙様式5(添付書類1)に記載の助成金受給額の合計と同額になっていますか。
2 賃金改善総額		
賃金改善給与項目	<input type="checkbox"/>	対象となる福祉・介護職員の改善を行った給与項目が記載されていますか。
賃金改善に伴う法定福利費等の事業主負担分の増加額	<input type="checkbox"/>	賃金改善に伴う、法定福利費等の事業主負担分の増加額が記載されていますか。 ※なお、上記賃金改善額の合計が助成金受給額を上回る場合は、記載を省略してもかまいません。
3 助成金返還額		
助成金返還額	<input type="checkbox"/>	原則「返還なし」と記載されていますか。(返還がある場合は金額が記載されるので確認すること)

別紙様式 5

福祉・介護職員処遇改善実績報告書（平成 年度）

沖縄県知事 仲井眞 弘多 殿

①	平成 年度分助成金受給総額		円
②	助成金による賃金改善実施期間	平成 年 月 ~ 平成 年 月	
③	福祉・介護職員常勤換算数(②の期間の総数)		
④	福祉・介護職員に支給した賃金額 (②の期間の総数)		円
⑤	福祉・介護職員一人当たり賃金月額(④÷③)	#DIV/0!	円
⑥	②の期間において実施した賃金改善の概要 (改善した給与の項目及びその金額等について具体的に記載すること)		
⑦	⑥に要した費用の総額(法定福利費等を含む)		円
⑧	他都道府県の事業所等の福祉・介護職員の賃金改善の原資として充当した額		円
⑨	⑦のうち、他都道府県の事業所等が交付を受けた助成金を原資として改善した額		円
⑩	賃金改善所要額(⑦+⑧-⑨)	0	円
⑪	助成金余剰額(返還額)(①-⑩)	0	円
⑫	福祉・介護職員一人当たり賃金改善月額 (⑦÷③)	#DIV/0!	円

※ ①については、別紙様式 5（添付書類 1）により内訳を添付すること。

※ ⑦については、積算の根拠となる資料を添付すること。（任意の様式で可。）

※ ⑧又は⑨について該当がある場合は、別紙様式 5（添付書類 2）を添付すること。

上記について相違ないことを証明いたします。

平成 年 月 日

(法人名)

(代表者名)

印



## 福祉・介護職員処遇改善実績報告書(都道府県状況一覧表)

法 人 名		
都 道 府 県	他都道府県事業所の福祉・介護職員の賃金改善の原資として 充当した額(別紙様式5の⑧に相当する額を記載すること。)	他都道府県の事業所等が概算交付を受けた助成金を原資とし て改善した額(別紙様式5の⑨に相当する額を記載すること。)
北 海 道	円	円
青 森 県	円	円
岩 手 県	円	円
宮 城 県	円	円
秋 田 県	円	円
山 形 県	円	円
福 島 県	円	円
茨 城 県	円	円
栃 木 県	円	円
群 馬 県	円	円
埼 玉 県	円	円
千 葉 県	円	円
東 京 都	円	円
神 奈 川 県	円	円
新 潟 県	円	円
富 山 県	円	円
石 川 県	円	円
福 井 県	円	円
山 梨 県	円	円
長 野 県	円	円
岐 阜 県	円	円
静 岡 県	円	円
愛 知 県	円	円
三 重 県	円	円
滋 賀 県	円	円
京 都 府	円	円
大 阪 府	円	円
兵 庫 県	円	円
奈 良 県	円	円
和 歌 山 県	円	円
鳥 取 県	円	円
島 根 県	円	円
岡 山 県	円	円
広 島 県	円	円
山 口 県	円	円
徳 島 県	円	円
香 川 県	円	円
愛 媛 県	円	円
高 知 県	円	円
福 岡 県	円	円
佐 賀 県	円	円
長 崎 県	円	円
熊 本 県	円	円
大 分 県	円	円
宮 崎 県	円	円
鹿 児 島 県	円	円
沖 縄 県	円	円
全 国 計	0 円	0 円

※本様式の作成にあたっては、積算の根拠となる書類を添付すること。



参考様式(賃金改善額の積算根拠となる資料)

平成\_\_年度福祉・介護職員処遇改善助成金充前一覧表

(単位:円)

助成金受領総額 A	
-----------	--

賃金改善総額 B	0
----------	---

賃金改善項目	基本給	
	賞与	
	一時金	
	〇〇手当	
	〇〇手当	
	〇〇手当	
	法定福利費 (事業主負担増加分)	

助成金返還額 A-B	返還なし
------------	------

月ごとの対象職員の常勤換算数の合計です。(①介護と障害の事業所を兼務していたり、②対象外職種と対象職種とを兼務している場合は、助成対象に該当する時間のみに記載すること)  
 例①: 1月あたり介護0.5、障害0.5の場合→障害0.5×4ヶ月=2人  
 例②: 1月あたり管理者0.7、生活支援員0.3の場合→0.3×4ヶ月=1.2人

報告書 (平成 21 年度)

**記載例**

国保連の支払決定通知を参考してください。

実際に従業員に支払った月を含む4ヶ月間を記載下さい。(計画書と相違してもかまいません)

①	平成 21 年度分助成金受給総額	1,356,893	円
②	助成金による賃金改善実施期間	平成 21 年 12 月 ~ 平成 22 年 3 月	
③	福祉・介護職員常勤換算数(②の期間の総数)	74.5	
④	福祉・介護職員に支給した賃金額(②の期間の総数)	14,000,000	円
⑤	福祉・介護職員一人当たり賃金月額(④÷③)	187,919	円
⑥	②の期間において実施した賃金改善の概要(改善した給与の項目及びその金額等について具体的に記載すること)	計画書に記載した内容を参考に、実際に行った賃金改善の内容をできるだけ具体的に記載下さい。 平成21年4月定期昇給分1人平均5,000円 資格手当を1人月2,000円増額 平成22年3月に一時金として1人平均50,000円支給 この金額が分かる資料を添付すること。(沖縄県が作成した参考様式を提出すること)	
⑦	⑥に要した費用の総額(法定福利費等を含む)	1,356,893	円
⑧	他都道府県の事業所等の福祉・介護職員の賃金改善の原資として	0	円
⑨	⑦のうち、他都道府県にかけた助成金を原資として	0	円
⑩	賃金改善所要額(⑦+⑧-⑨)	1,356,893	円
⑪	助成金余剰額(返還額)(①-⑩)	0	円
⑫	福祉・介護職員一人当たり賃金改善月額(⑦÷③)	18,213	円

最終的な実績です。計画書での金額を下回っても構いませんが、できるだけ計画に沿うよう支払をお願いします。

類1)により内訳を添付すること。  
 資料を添付すること。(任意の様式で可。)  
 、別紙様式5(添付書類2)を添付すること。

上記について相違ないことを証明いたします。

平成 22 年 5 月 15 日

※⑤、⑩、⑪、⑫欄は計算式が入力されています。(⑤、⑫欄は1円未満切捨てされるようになっております。)

代表者の職名を必ず記載すること。

必ず法人印を押印すること。

(法人名) (福) 沖縄会  
 (代表者名) 理事長 沖縄 太郎 印



平成 21 年度福祉・介護職員処遇改善助成金充前一覧表

(単位:円)

必ず年度を記載してください。

助成金受領総額 A	1,356,893
-----------	-----------

賃金改善総額 B		1,356,893
賃金改善項目	基本給	500,000
	賞与	
	一時金	450,000
	資格手当	256,893
	〇〇手当	支払った手当の名称を記載して下さい。(欄が足りない場合は随時追加して下さい。) この様式に記載した項目以外で支払った場合は、その項目名を記載して下さい。(〇〇手当は消しても構いません)
	〇〇手当	
	法定福利費 (事業主負担増加分)	150,000

この金額については、各事業者の実態に応じて妥当と判断される方法により算定すること。合理的な方法の例としては、当該制度に職員が加入しているかどうか、賃金改善の実施時期及び方法を勘案した上で、賃金改善所要額に各制度の保険料率を乗じる方法等が考えられる。

助成金返還額 A-B	返還なし
------------	------