

東京都介護職員キャリアパス導入促進事業提出書類一覧（事業計画書提出時）  
（キャリアパス導入促進事業費補助）

事業計画の提出にあたり、こちら

記入例

と一緒に提出下さい。

法人単位で提出してください。

法人名：社会福祉法人キャリアパス

番号	提出書類名	提出時 チェック欄	備考
1	東京都介護職員キャリアパス導入促進事業提出書類一覧 (本票)	✓	
2	事業計画書の提出について(別紙様式1) ※1法人1枚	✓	
3	事業計画書(事業所別)(別紙様式1-2) ※全事業所分	✓	
4	手当等経費に係る事業計画書(別紙様式1-3) ※全事業所分	✓	
5	キャリアパス導入体制づくり経費に係る事業計画書 (別紙様式1-4)	✓	
6	異動(退職等)証明書(別紙様式第1号-5) ※過年度に、本事業において手当等を支給したレベル認定者及びアセッサーについて、令和3年4月1日から事業計画書提出時点までに異動・休業・退職当があった場合に必要となります。	✓	
7	申請する事業所の優先順位(任意様式) ※複数事業所申請する場合 1法人1部提出		
8	レベル認定証(写) ※既にレベル認定された者がいる場合		
9	アセッサー講習修了証(写) ※既にアセッサーがいる場合	✓	

※その他必要に応じて、書類の提出をお願いすることがあります。

※事業計画書提出時にアセッサーが事業所に在籍しておらず、かつレベル認定者が在籍していない場合は、「交付申請基準日である令和4年1月1日現在レベル認定者が事業所に在籍している」という補助要件を満たすことが困難です。

※各様式における法人名・法人所在地は、原則として印鑑証明書の表記と一致するよう記載してください。また、事業所名・事業所所在地は、原則として事業所指定を受けた内容と一致するよう記載してください。ただし、法人・事業所の所在地について、建物名や部屋番号を追加記載することは差し支えありません。

いない場合は、

記載してください。

この欄を使用し、必要書類がすべてそろっていることを必ず確認の上、この用紙と必要書類を一緒に提出ください。  
提出の必要がない書類については、斜線を引いてください。

# 記入例

別紙様式1

令和 年 月 日

東京都知事 殿

法人名： 社会福祉法人キャリアパス  
所在地： 東京都新宿区西新宿二丁目7番1号  
代表者職氏名： 理事長 福祉 一郎

令和3年度 東京都介護職員キャリアパス導入促進事業の事業

印鑑証明書と同じ内容を記載し、  
同じ印で捺印。

標記のついて、下記のとおり提出します。

## 記

1 補助所要額

金

3,500,000

自動的に入力されます。

※2 補助所要額の合計額を転記してください

2 内訳 (※1 コードは、交付要綱別表1に定めるコードA～Tから選び、ご記入ください。)

	事業所名	事業所番号	※1 コード	補助所要額 *別紙様式1-2の 「1 補助所要額」を 転記してください	申請年数	備考
1	西新宿キャリア介護事業所(老健)	1234567890	R	2,000,000	3年目	
2	西新宿キャリア介護事業所(通所介護)	1234567891	C	1,000,000	2年目	
3	北新宿キャリア介護事業所	1234567892	A	500,000	1年目	
4						
5						
6						
合計						

事業所名は、原則として事業所指定を受けた内容と一致する  
よう記載してください。  
補助対象事業所数が7事業所以上の場合は、「2 内訳」を任  
意用紙に記入して提出してください。

事業所の本補助金の申請年数  
をプルダウンから選択してくだ  
さい。

平成29年度から→5年目  
平成30年度から→4年目  
令和元年度から→3年目  
令和2年度から→2年目  
令和3年度から→1年目

\* 法人の事務取扱者(必ず記入してください)

\* 東京都記入欄

--

部署名	〇〇部〇〇課		
ふりがな	かいご はなこ	事業 所 数	3
お名前	介護 花子		
TEL	03-5320-4267		

# 記入例

※事業所が複数箇所ある場合は、事業所ごとにこの用紙を作成してください。

事業所名: **西新宿キャリア介護事業所(老健)**

所在地: **東京都新宿区西新宿二丁目8番1号**

(レベル認定者及びアセッサー)

① 令和4年1月1日時点において、事業所に在籍し、補助対象として手当を支給するレベル認定者の人数(予定) ※ 別紙様式1-3の2(1)の合計人数	5	人
② 補助対象として手当を支給するアセッサーの人数(予定) ※ 別紙様式1-3の2(2)の合計人数	3	人

令和3年度 東京都介護職員キャリアパス導入促進事業の事業計画書(事業所別)

自動的に入力されます。

1 補助所要額 金 2,000,000 円

2 内訳 (単位:円)

補助金申請額内訳					
総事業費 A	寄付金 その他収入額 B	寄付金等を除く 支出額 C (=A-B)	補助基準額 D	選定額 E (CとDのうち、いずれか 小さい方の額)	補助所要額 F E×10/10 (Fの千円未満は 切り捨て)
2,017,310	0	2,017,310	2,000,000	2,000,000	2,000,000

(補助基準額Dの算定)

① レベル認定者1名に つき50万円(但し、 上限額200万円)	② 前年度までの補助基 準額の累計	③ 1事業所あたり補助基 準額の <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">修正不可</span>	④ 補助基準額 D (①と(③-②)のう ち、いずれか小 さい方の額)
2,000,000	1,500,000	6,000,000	2,000,000

レベル認定者への手当等 上限額	960,000
--------------------	---------

「④ 補助基準額 D」を入力すると自動計算されます。  
下記の「3 経費内訳」のうち、【必須】レベル認定者への手当等の額が、本欄の上限額を上回っていないか確認してください。

「補助所要額」は、「選定額」の額に補助率(10%)を乗じて得た額を切り捨てた額とし、  
「補助所要額」が「選定額」を超えないように調整し、1,000円未満の端数が生じた場合は、

プルダウンから選択してください。  
補助対象として申請するレベル認定者数(別紙様式第1-3の「1レベル認定者及びアセッサー」)が4人以上の場合は、2,000千円を記載してください。

例えば、  
事業所として令和元年度に初めて補助金の交付を受け、令和元年度実績報告時の補助基準額が500,000円、令和2年度実績報告時の補助基準額が1,000,000円の場合、②に記載する数字は1,500,000円となります。過年度の実績報告書をご確認の上、記載してください。

<input type="radio"/>	【必須】レベル認定者への手当等	660,000
<input type="radio"/>	【必須】アセッサーへの手当等	720,000
<input type="checkbox"/>	【選択】キャリアパス導入体制づくり経費	
<input type="radio"/>	レベル認定者申請手数料	17,310
<input type="radio"/>	代替職員等経費	140,000
<input type="radio"/>	人事制度分析、財務分析等経費 (社会保険労務士への謝金、経営コンサルタントへの謝金等)	110,000
<input type="radio"/>	研修経費	370,000
合計(総事業費 A)		2,017,310

別紙様式1-3  
※C 予定支給額合計を記載

別紙様式1-3  
※D 予定支給額合計を記載

自動入力されます。

別紙様式1-4  
※I 支出予定額を記載

# 記入例

事業所名: 西新宿キャリア介護事業所

※事業所が複数箇所ある場合は、事業所ごとにこの用紙を作成してください。

自動入力されます。

## 外国人労働者に対する導入促進事業 手当等経費に係る事業計画書

### 1 レベル認定者及びアセッサー

対象者が多く、書き切れない場合は、任意用紙に記入して提出してください

No.	レベル認定者氏名	(予定)認定レベル	担当アセッサー氏名
①	介護 一郎	2①	人材 花子
②	新宿 太郎	4	福祉 太郎
③	人材 花子	3	定着 月子
④	保険 太郎	4	福祉 太郎
⑤	西新宿 二郎	2①	定着 月子
⑥			
⑦	一致	一致 (他事業所等の場合除く)	

本補助金の申請年数をプルダウンから選択してください。  
令和元年度から→3年目  
令和2年度から→2年目  
令和3年度から→1年目

### 2 手当等の支給方法及び(予定)支給額

#### (1) レベル認定者別支給方法及び(予定)支給額

No.	レベル認定者氏名	支給方法 (※1)	(予定)支給額 (年額)	申請年数	備考
①	介護 一郎	①	60,000	3年目	基本給(4月~3月分:月0.5万円増額)
②	新宿 太郎	①	240,000	2年目	基本給(4月~3月分:月2万円増額)
③	人材 花子	①	90,000	1年目	基本給(10月~3月分:月1.5万円増額)
④	保険 太郎	①	240,000	2年目	基本給(4月~3月分:月2万円増額)
⑤	西新宿 二郎	①	30,000	1年目	基本給(10月~3月分:月0.5万円増額)
⑥					
合計			660,000		

1の内容が自動入力されます。

手当は認定後の支給分のみが補助対象です。

内容について、できるだけ具体的に記載してください。

手当等の支給方法をプルダウンから選択してください。

本補助金の申請年数をプルダウンから選択してください。  
平成29年度から→5年目  
平成30年度から→4年目  
令和元年度から→3年目  
令和2年度から→2年目  
令和3年度から→1年目

#### (2) アセッサー別支給方法及び(予定)支給額

No.	アセッサー氏名	支給方法 (※1)	(予定)支給額 (年額)	申請年数	備考
①	人材 花子	②	240,000	3年目	アセッサー手当(4月~3月分:月2万円支給)
②	定着 月子	②	240,000	2年目	アセッサー手当(4月~3月分:月2万円支給)
③	福祉 太郎	②	240,000	2年目	アセッサー手当(4月~3月分:月2万円支給)
④					
⑤					
(予定)支給額合計			720,000		←※1 別紙様式1-2に転記

手当は講習修了後の支給分のみが補助対象です。

内容について、できるだけ具体的に記載してください。

※1 手当等の支給方法は下記から選択し、記入すること。

①基本給 ②諸手当 ③賞与(一時金)

※事業所が複数箇所ある場合は、事業所ごとにこの用紙を作成してください。

## 記入例

事業所名: 西新宿キャリア介護事業所(老健)

自動入力されます。

## 東京都介護職員キャリアパス導入促進事業 キャリアパス導入体制づくり経費に係る事業計画書

対象経費	支出予定額	積算内訳
レベル認定者申請手数料	17,310	レベル3 9,480円×1人 レベル2-① 7,830円×1人
代替職員等経費	140,000	非常勤職員給与(1名) ①人件費:1,400円×8H×10日 =112,000円 ②交通費:800円×10日=8,000円  周辺職員給与(1名) 人件費(時間外手当):2,000円×2H×5日 ×1名=20,000円
人事制度分析、財務分析等経費	110,000	就業規則変更 100,000円×1.10=110,000円
研修経費	370,000	①外部研修受講料 ・介護技術講習会:40,000円×4人 =160,000円 ②研修講師派遣料 ・介護スキル向上研修:85,000円×2回 =170,000円 ③アセッサー講習受講料:20,000円×2人 =40,000円
計	637,310	

↑※I  
別紙様式1-2に転記

別紙様式1-2の「3事業計画及び経費内訳」の支出予定額の金額と一致すること。

(参考様式)

	金額	人数
研修経費のうち、アセッサー講習受講に係る部分	40,000	2

自動入力されます。

事業所名:西新宿キャリア介護事業所(老健)

～記載例～

※事業所が複数箇所ある場合は、事業所ごとにこの用紙を作成してください。

東京都介護職員キャリアパス導入促進事業  
異動(退職等)証明書

以下の者は、異動(退職等)により、当該事業所に勤務していないことを証明します。

氏名	種別	認定年月日/修了年月日(※1)	勤務開始年月日(※2)	事由	該当年月日(※3)
保険 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> レベル認定者 <input type="checkbox"/> アセッサー	令和〇年〇月〇日	平成△年△月△日	<input checked="" type="checkbox"/> 別事業所へ異動 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他( )	令和×年×月×日
西新宿 二郎	<input checked="" type="checkbox"/> レベル認定者 <input type="checkbox"/> アセッサー	令和〇年〇月〇日	平成△年△月△日	<input checked="" type="checkbox"/> 別事業所へ異動 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他( )	令和×年×月×日
	<input type="checkbox"/> レベル認定者 <input type="checkbox"/> アセッサー	該当する種別に <input checked="" type="checkbox"/> チェックを入れてください。	年 月 日	<input type="checkbox"/> 別事業所へ異動 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他( )	日
			日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 別事業所へ異動 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他( )	年 月 日
			日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 別事業所へ異動 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他( )	年 月 日
			日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 別事業所へ異動 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他( )	年 月 日
			日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 別事業所へ異動 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他( )	年 月 日
			日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 別事業所へ異動 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他( )	年 月 日

過年度に、本事業において手当を受給したレベル認定者及びアセッサーのうち、令和3年4月1日から事業計画書提出時点までに異動・休業・退職等があった者について、記入が必要です。

※同一法人内の別の事業所に異動したレベル認定者及びアセッサーについても記載してください。

※異動(退職等)となった**レベル認定者の手当**は、補助対象外となります。

※異動(退職等)となった**アセッサーの手当**は、**当該事業所に在籍していた期間のみ補助対象です。**

※1 レベル認定者については、レベル認定証に記載されている日付を、アセッサーについては、アセッサー講習修了証に記載されている日付を記載してください。

※2 勤務開始年月日には、当該事業所における勤務開始日を記載してください。

※3 該当年月日には、事由が発生した日付を記載してください。