

令和3年度
東京都介護職員キャリアパス導入促進
事業費補助金の手引
(キャリアパス導入促進事業費補助)

令和3年5月
東京都福祉保健局
高齢社会対策部 介護保険課

令和3年度 東京都介護職員キャリアパス導入促進事業費 補助金の手引（キャリアパス導入促進事業費補助） 目次

・ 事業の概要	・・・ 1 ～ 2
・ 実施スケジュール【予定】	・・・ 3
※令和3年5月時点の予定です。今後変更になる可能性がありますので、ご了承ください。	
・ 各様式記入例	・・・ 4 ～ 31
（１）事業計画	・・・ 4 ～ 9
（２）交付申請	・・・ 10 ～ 17
（３）実績報告	・・・ 18 ～ 28
（４）その他	・・・ 29 ～ 31
【参考資料】 ※事業のご利用に当たり、内容をよくお読みいただいた上でお申込みください。	
・ 補助金交付要綱	・・・ 32 ～ 41
・ 事業に関するQ&A	・・・ 42 ～ 56
※令和3年5月時点	

1 キャリアパス導入促進事業費補助

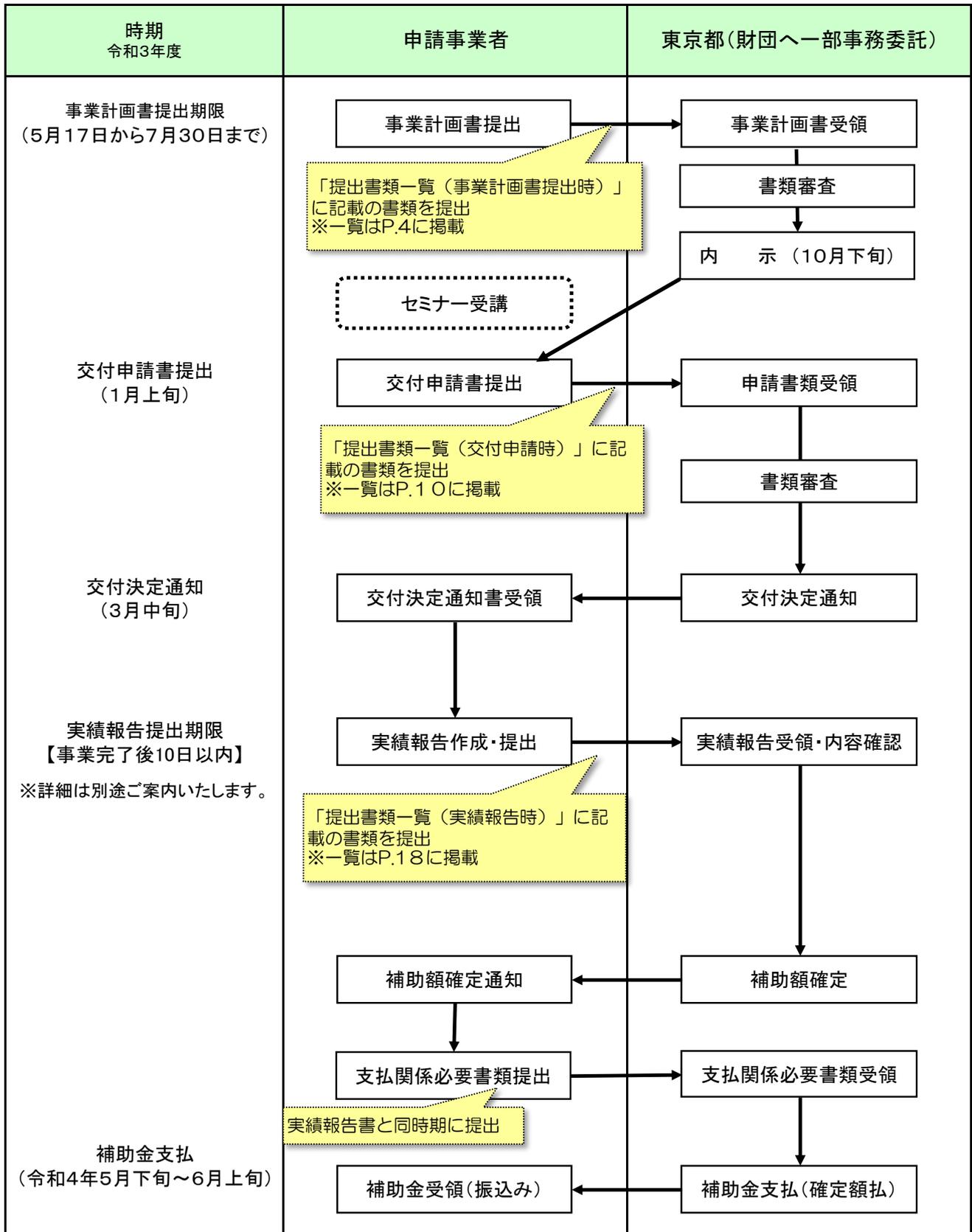
事 項	内 容																
目的	都内に所在する介護サービスを提供する民間の事業所等がキャリアパスの導入等に要する費用の一部を都が補助することにより、介護人材の育成を図るとともに、人材の定着促進につなげる。																
補助対象	都内の介護保険事業所																
予算規模	250事業所																
対象経費 及び 補助基準等	<p>1 対象経費 介護職員のキャリアパスの導入に必要な経費で、以下（１）から（３）の経費 なお、レベル2以下の者については、1事業所につき4人までとする。</p> <p>（１）レベル認定者への手当等経費 （２）アセッサーへの手当等経費 （３）キャリアパス導入体制づくり経費</p> <p>＊（１）のレベル認定者は、交付申請基準日（令和4年1月1日現在）に事業所に在籍しているレベル認定者をいう。 なお、レベル認定1年目の者については、交付申請基準日時点でレベルを認定されていることが必要である。 ＊（１）及び（２）は必須経費とする。したがって、（３）のみの申請は不可。 ＊レベル認定者への手当相当額は、認定されたレベルに応じて、事業所内で差を設けること。 ＊アセッサーへの手当相当額は、レベル4認定者の手当相当額と同等とすること。 ＊（３）については、設備整備費及び備品購入費は対象外とする。</p> <p>2 補助基準 （１）基準額 アとイを比較し、いずれか小さい方の額を基準額とする。</p> <p>ア</p> <table border="0"> <tr> <td>① レベル認定者1人の事業所</td> <td>500千円</td> </tr> <tr> <td>② レベル認定者2人の事業所</td> <td>1,000千円</td> </tr> <tr> <td>③ レベル認定者3人の事業所</td> <td>1,500千円</td> </tr> <tr> <td>④ レベル認定者4人以上の事業所</td> <td>2,000千円</td> </tr> </table> <p>イ 補助金の交付を受けた初年度から令和2年度までの補助基準額の累計額を6,000千円から引いた額</p> <p>（２）上限額</p> <p>ア 1事業所当たりの補助上限額 2,000千円 イ レベル認定者への手当等経費の補助上限額</p> <table border="0"> <tr> <td>① 基準額500千円の事業所</td> <td>240千円</td> </tr> <tr> <td>② 基準額1,000千円の事業所</td> <td>480千円</td> </tr> <tr> <td>③ 基準額1,500千円の事業所</td> <td>720千円</td> </tr> <tr> <td>④ 基準額2,000千円の事業所</td> <td>960千円</td> </tr> </table>	① レベル認定者1人の事業所	500千円	② レベル認定者2人の事業所	1,000千円	③ レベル認定者3人の事業所	1,500千円	④ レベル認定者4人以上の事業所	2,000千円	① 基準額500千円の事業所	240千円	② 基準額1,000千円の事業所	480千円	③ 基準額1,500千円の事業所	720千円	④ 基準額2,000千円の事業所	960千円
① レベル認定者1人の事業所	500千円																
② レベル認定者2人の事業所	1,000千円																
③ レベル認定者3人の事業所	1,500千円																
④ レベル認定者4人以上の事業所	2,000千円																
① 基準額500千円の事業所	240千円																
② 基準額1,000千円の事業所	480千円																
③ 基準額1,500千円の事業所	720千円																
④ 基準額2,000千円の事業所	960千円																

補助率	10/10
補助対象期間	<p>1 事業所当たりの補助対象期間は、補助金の交付を受けた初年度から起算して、3年間で上限とする。</p> <p>※ただし、補助開始から2年目に新たにレベル認定者を輩出した場合は、4年間まで、3年目に新たにレベル認定者を輩出した場合は、5年間まで延長する。</p>
その他	<p>◎補助条件</p> <p>(1) 令和3年度内に、レベル認定者及びアセッサーへ手当相当額を支給していることを条件として付す。</p> <p>(2) 令和3年度に、新たに補助金を申請する事業所の管理者等が、内示を受けた後、令和3年度内に都が実施する職場の人事管理・経営改善等に関するセミナーの受講を修了することを条件として付す。</p> <p>(3) (1) 及び (2) に定めた条件、その他交付要綱に定めた条件に反した場合には、補助金を交付しない。</p>

令和3年度 キャリアパス導入促進事業費補助 実施スケジュール(予定)

※アセッサー講習受講に係る経費については、令和2年度まで「アセッサー講習受講支援事業費補助」として別に補助を行っていましたが、令和3年度においては「キャリアパス導入促進事業費補助」の中で申請することができます。

※スケジュールは、今後変更になる可能性がありますので、ご了承ください。



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

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」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必要があります。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必要があります。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記載することは差し支えありません。

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ご確認の上、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。

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ご確認の上、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 社 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		

※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

(レベル認定者及びアセッサー)

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**

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 修正不可	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%)を乗じて得た額に、
「補助所要額」の額に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に記入する数字は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

別紙様式1-4
※I 支出予定額を記載

自動入力されます。

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。

就業支援促進事業 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		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
			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
			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
			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
			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

該当する種別にチェックを入れてください。

該当する事由にチェックを入れてください。

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。

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（交付申請時） （キャリアパス導入促進事業費補助）

交付申請の提出にあたり、こちらで提出書類を記入してください。

記入例

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（交付申請時） （キャリアパス導入促進事業費補助）（本票）	✓	
2	交付申請書（別記様式第1号） ※1法人1枚	✓	
3	交付申請内訳（事業所別）（別記様式第1号-2） ※全事業所分	✓	
4	手当等経費に係る申請（別記様式第1号-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申請 （別記様式第1号-4）※全事業所分	✓	
6	印鑑証明書（原本） ※令和3年4月1日以降に取得したもの	✓	
7	歳入・歳出予算書(抄本)（参考様式） ※全事業所分	✓	
8	定款又は寄付行為（写）	✓	
9	勤務証明書（別記様式第1号-5） ※全事業所分	✓	
10	異動（退職等）証明書（別記様式第1号-6） ※異動・休業・退職等があった場合に必要となります。	/	
11	レベル認定証（写） ※事業計画書提出時に提出していない場合のみ必要となります。	✓	
12	アセッサー講習修了証（写） ※事業計画書提出時に提出していない場合のみ必要となります。	/	

※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。

※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
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
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
※交付要綱別紙1に定める補助要件のうち、セミナー参加に関する
満たすことといたします。

この欄を使用し、必要書類がすべてそろっている
ことを必ずご確認の上、この用紙と必要書類を一
緒にご提出ください。
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。

要件を

記入例

別記様式第1号

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費補助
(キャリアパス導入促進事業費補助)

印鑑証明書と同じ内容を記載し、同じ印で捺印

このことについて、令和3年度東京都介護職員キャリアパス導入促進事業費補助金交付要綱第9に基づき、下記のとおり補助金の交付申請をします。なお、申請においては、同要綱第3(1)から(3)まで掲げる者に該当しないこと及び同要綱補助条件3に定める他の補助金との重複申請をしていないことを誓約いたします。

記

自動的に入力されます。

1 補助金交付申請額 金 3,000,000 円

※2 補助金交付申請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	補助金交付申請額 *別記様式第1号-2の 「1 補助金交付申請額」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	1,500,000	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	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、「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		
5						
6						
	合 計			※2※2 3		

* 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	〇〇〇		
ふりがな	かいご はなこ		
お名前	介護 花子		
TEL	03-5320-4267		
	事業申請数	3	

※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

(レベル認定者及びアセッサー)

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7番1号**

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等を支給するレベル認定者の人数(予定) ※ 別記様式第1号-3の2(1)の合計人数	3	人
② 補助対象として手当等を支給するアセッサーの人数(予定) ※ 別記様式第1号-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費補助金 交付申請内訳(事業所別)

(キャリアパス導入促進) 自動的に入力されます。

1 補助金交付申請額 金 **1,500,000** 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)	内示額 F	補助申請額 G E × 10/10 (Fの千円未満は 切り捨て)
1,697,310	0	1,697,310	1,500,000	1,500,000	2,000,000	1,500,000

(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累計(上限) 修正不可	④ 補助基準額 D (①と③-②のうち、いずれか小さい方の額)
1,500,000	1,500,000	6,000,000	1,500,000

内示通知を確認し、同じ金額を入れてください。

選定額Eに補助率(10/10)を乗じて得た金額(1,000円未満切り捨て)が内示額より大きい場合は、内示額が上限となります。

レベル認定者への手当等 上限額	720,000
--------------------	---------

「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。

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に記入する数字は1,500,000円となります。

内 容 (当てはまる内容に○を記入)	事業費
<input type="radio"/> 【必須】レベル認定者への手当等	390,000
<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	320,000
合 計 (総事業費 A)	1,697,310

別記様式1号-3 ※ 支給額合計を記載

別記様式1号-3 ※ 支給額合計を記載

自動入力されます。

別記様式1号-4 ※ J 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。

自動的に入力されます。

キャリアパス導入促進事業 手当等経費に係る申請

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	認定レベル	
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			
⑤			
⑥	一致	一致 (他事業所等の場合除く)	
⑦			

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					
⑤					
⑥					
⑦					
(予定)支給額合計			39		

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 別記様式第1号-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申請

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	320,000	①外部研修受講料 介護技術講習会:50,000円×3人 =150,000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
計	587,310	

↑※J
別記様式第1号-2に転記

別記様式第1号-2の「3経費内訳」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		

※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。

～記載例～
(参考様式)

令和3年度 東京都介護職員キャリアパス導入促進事業費補助金
(キャリアパス導入促進事業費補助)に関する歳入・歳出予算書(抄本)

本様式は参考です。別様式で作成されている場合は、そちらを添付してください。
(補助金額とそれに対応する支出が分かるもの)

事業所名: 西新宿キャリア介護事業所(老健)

(単位:円)

収入		支出	
科目	金額	科目	金額
都補助金	1,500,000	レベル認定者への手当等	390,000
		アセッサーへの手当等	720,000
		レベル認定者申請手数料	17,310
		代替職員経費	140,000
		人事制度分析、財務分析等経費	110,000
自己資金	197,310	研修経費	320,000
合計	1,697,310	合計	1,697,310
収入支出差引額		0 円	

自動入力されます。

自動入力されます。

歳入と歳出の額は同額になる

上記の介護保険事業所における東京都介護職員キャリアパス導入促進事業費補助金に関する歳入・歳出予算書は原本と相違ないことを証明し

令和 年 月 日

法人名、代表者氏名を記入

別記様式第1号
と同日を記入

法人名 社会福祉法人キャリアパス

代表者職氏名 理事長 福祉 一郎

印鑑証明書と同じ内容を記載し、同じ印で捺印

～記載例～

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。

※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 勤務証明書

下記の者は、令和4年1月1日現在当該事業所に勤務していることを証明します。

氏名	種別	認定年月日/修了年月日(※1)	勤務開始年月日(※2)	備考
介護 一郎	<input checked="" type="checkbox"/> レベル認定者 <input type="checkbox"/> アセッサー	令和1年10月23日	平成23年1月1日	
新宿 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> レベル認定者 <input type="checkbox"/> アセッサー	令和2年10月23日	平成25年4月1日	
人材 花子	<input checked="" type="checkbox"/> レベル認定者 <input checked="" type="checkbox"/> アセッサー	レベル認定: 令和3年9月3日 アセッサー: 平成29年9月30日	平成21年8月1日	
定着 月子	<input type="checkbox"/> レベル認定者 <input checked="" type="checkbox"/> アセッサー	令和2年9月20日	平成22年8月1日	
福祉 太郎	<input type="checkbox"/> レベル認定者 <input checked="" type="checkbox"/> アセッサー	令和2年9月20日	平成22年8月1日	
	<input type="checkbox"/> レベル認定者 <input type="checkbox"/> アセッサー	年 月 日	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> レベル認定者 <input type="checkbox"/> アセッサー	年 月 日	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> レベル認定者 <input type="checkbox"/> アセッサー	年 月 日	年 月 日	

本事業において手当等を支給するレベル認定者及びアセッサーのうち、令和4年1月1日現在当該事業所に在籍する全てのレベル認定者及びアセッサーを記載してください。

該当するものにチェックを入れてください。

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。

～記載例～

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。

※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()	該当する事由に <input checked="" type="checkbox"/> チェックを入れてください。
			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

平成29年度、平成30年度、令和元年度、令和2年度に手当を受給した職員及び令和3年度に手当を支給するレベル認定者及びアセッサーのうち、事業計画書提出時点から令和4年1月1日現在までに異動(退職等)となり、当該事業所に在籍していない者を記載してください。

※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。

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（実績報告時） （キャリアパス導入促進事業費補助）

実績報告の提出にあたり、こちらで提出書類を記入してください。

記入例

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（実績報告時） （キャリアパス導入促進事業費補助）（本票）	✓	
2	実績報告について（別記様式第2号） ※1法人1枚	✓	
3	実績報告書（事業所別）（別記様式第2号-2） ※全事業所分	✓	
4	手当等経費に係る実績報告書（別記様式第2号-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実績報告書 （別記様式第2号-4）※全事業所分	✓	
6	異動（退職等）証明書（別記様式第2号-5） ※異動・休業・退職等があった場合に必要となります。	✓	
7	歳入歳出決算書（抄本） ※全事業所分		
8	レベル認定者及びアセッサーへの手当等支給に係る書類 手当相当額の支給方法及び支給額を明記したもの（賃金規程、就業規則等） ※手当等を支給する根拠となる書類を提出してください。		今年度新たに本補助金の対象となるレベル認定者又はアセッサーにおいては、手当が増額したことを確認するため、支給前の賃金台帳や給与明細等も提出してください。
	賃金台帳（写）又は給与明細（写） ※手当等の支給前後で賃金が増えたことがわかるよう支給前の書類も提出してください。		
9	キャリアパス導入体制づくり経費に係る書類 ※事業者が経費を負担し、支払ったことを証する書類（領収書等（写））	✓	
10	支払証明書（参考様式） ※個人が法人から領収書等記載の経費の支払いを受けた場合に提出してください。	✓	
11	請求書（別記様式第3号） ※1法人1枚	✓	
12	支払金口座振替依頼書 ※1法人1枚	✓	

※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。

※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。

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ご確認の上、この用紙と必要書類を一緒にご提出ください。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

令和 年 月 日

東京都知事 殿

提出期限：事業完了後10日以内
※ 詳細は別途ご案内いたします。

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8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費補助
(キャリアパス導入促進事業費補助)

印鑑証明書と同じ内容を記載し、同じ印で捺印

令和 年 月 日付3福保高介第 号で交付決定を受けた令和3年度東京都介護職員キャリアパス導入促進事業費補助金(キャリアパス導入促進事業費補助)に係る事業実績について、下記のとおり報告します。

記

自動的に入力されます。

1 補助所要額 金 2,937,000 円

※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 *別記様式第2号-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	1,437,000	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	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。					
5						
6						
合 計				※2	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)

* 東京都記入欄

部署名			
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		

※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)**
所在地: **東京都新宿区西新宿二丁目7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等を支給するレベル認定者の人数 ※ 別記様式第2号-3の2(1)の合計人数	3	人
② 補助対象として手当等を支給するアセッサーの人数 ※ 別記様式第2号-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費補助金 実績報告書内訳(事業所別)

(キャリアパス導入促進事業)

自動的に入力されます。

1 補助所要額 金 **1,437,000** 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	交付決定額	補助所要額 G G×10/10 (Gの千円未満は 切り捨て)
1,437,310	0	1,437,310	1,500,000	1,437,310	1,500,000	1,437,000

交付決定通知書に記載された額を入れてください。

(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修正不可	④ 補助基準額 D (①と③-②のうち、いずれか小さい方の額)
1,500,000	1,500,000	6,000,000	1,500,000

レベル認定者への手当等
上限額

選定額Eに補助率(10/10)を乗じて得た金額(1,000円未満切り捨て)が交付決定額より大きい場合は、交付決定額が上限となります。

「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。

プルダウンから選択してください。
補助対象として報告しているレベル認定者数(別記様式第2-3の「1レベル認定者及びアセッサー」)が4人以上の場合は、2,000千円を記入してください。

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に記入する数字は1,500,000円となります。過年度の実績報告書を御確認の上、記載してください。

3 経費内訳

内容 (当てはまる内容に○を記入)		
<input type="radio"/>	【必須】レベル認定者への手当等	350,000
<input type="radio"/>	【必須】アセッサーへの手当等	700,000
<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)	55,000
<input type="radio"/>	研修経費	175,000
合計 (総事業費 A)		1,437,310

別記様式2号-3 ※I 実支給額合計を記載

別記様式2号-3 ※I 実支給額合計を記載

自動入力されます。

別記様式2号-4 ※J 支出額を記載

自動的に入力されます。

別記様式第2号-3(事業所別)

事業所名 西新宿キャリア介護事業

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。

東京都介護職員キャリアパス導入促進事業 手当等経費に係る実績報告書

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	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			
⑤			
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実支給額

(1)レベル認定者別支給方法及び実支給額

No.	レベル認定者氏名	支給方法 (※1)	実支給額 (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	200,000	2年目	基本給 (4月~1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					
⑤					
⑥					
⑦					
実支給額			350,000		

1の内容が自動入力されます。

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。

手当は認定後の支給分のみが補助対象です。

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実支給額

No.	アセッサー氏名	支給方法 (※1)	実支給額 (年額)	申請年数	備考
①	人材 花子	②	240,000	3	アセッサー手当(4月~3月分: 月2万円支給)
②	定着 月子	②	220,000	2	アセッサー手当(4月~2月分: 月2万円支給)
③	福祉 太郎	②	240,000	2	アセッサー手当(4月~3月分: 月2万円支給)
④					
⑤					
実支給額合計			700,000		←※1 別記様式第2号-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) 自動的に入力されます。

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実績報告書

実際に支払った経費を記載してください。

事業所名	金額	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	55,000	就業規則変更 50,000円×1.10=55,000円
研修経費	175,000	①外部研修受講料 介護技術講習会：25,000円×3人 =75,000円 ②研修講師派遣料 介護スキル向上研修：50,000円×2回 =100,000円
計	387,310	

↑※J
別記様式第2号-2に転記

別記様式第2号-2の「3経費内訳」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		

※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。

～記載例～
(参考様式)

令和3年度 東京都介護職員キャリアパス導入促進事業費補助金
(キャリアパス導入促進事業費補助)に関する歳入・歳出決算書(抄本)

本様式は参考です。別様式で作成されている場合は、そちらを添付してください。
(補助金額とそれに対応する支出が分かるもの)

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)

(単位:円)

収入		支出	
科目	金額	科目	金額
都補助金	1,437,000	レベル認定者への手当等	350,000
		アセッサーへの手当等	700,000
		レベル認定者申請手数料	17,310
		代替職員等経費	140,000
		人事制度分析、財務分析等経費	55,000
自己資金	310	研修経費	175,000
合計	1,437,310	合計	1,437,310
収入支出差引額		0 円	

自動入力されます。

自動入力されます。

上記の介護保険事業所における歳入と歳出の額は同額になる
東京都介護職員キャリアパス導入促進事業費補助金

令和 年 月 日

法人名、代表者氏名を記入

別記様式第2号
と同日を記入

法人名
代表者職氏名

社会福祉法人キャリアパス
理事長 福祉 一郎

印鑑証明書と同じ内容を記載し、同じ印で捺印

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)

※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)
新宿 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 type="checkbox"/> 別事業所へ異動 <input type="checkbox"/> 退職 <input checked="" type="checkbox"/> その他(育児休業取得)	令和×年×月×日
定着 月子	<input type="checkbox"/> レベル認定者 <input checked="" 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	年 月 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
	<input type="checkbox"/> レベル認定者	年 月 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
	者	年 月 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
	者	年 月 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
	者	年 月 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
	者	年 月 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

平成29年度、平成30年度、令和元年度、令和元年度及び令和2年度に手当等を支給した職員のうち、令和4年1月2日から令和4年3月31日までに異動(退職等)により、当該事業所に在籍しなくなった職員を記載してください。

※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・アセッサーの手当は、当該事業所に在籍していた期間に支給した分のみ補助対象です。

該当する種別にチェックを入れてください。

該当する事由にチェックを入れてください。

※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。

(参考様式)

事業所名 : 西新宿キャリア介護事業所(老健)

～作成例～

領収書枚数 : 3 枚

自動入力されます。

<領収書等貼付箇所

領収証(写し)①

領収証(写し)②

領収証(写し)③

- ・キャリアパス導入体制づくり経費について、支払いを証明する書類として領収書等(写し)を必ず添付してください。
- ・領収書等は、**令和3年4月1日から令和4年3月31日まで**の日付のものが補助対象です。この期間以外のもは対象外です。
- ・領収書等は重ならないように貼付してください。
- ・1枚で貼り切れない場合、複数枚になっても構いません。

※1法人につき1枚提出してください。

記入例

別記様式第3号

請 求 書

金 2,937,000 円

請求内訳書 (単位:円)

交付決定額 (A)	補助金確定額 (B)	今回請求額 (=B)
3,000,000	2,937,000	2,937,000

一致

交付決定通知書に記載された額を記入してください。

別記様式第2号の1補助所要額を記入してください。

ただし、令和3年度東京都介護職員キャリアパス導入促進事業費補助)として、上記金額を請求します。

令和 年 月 日

日付は空欄で提出してください。

印鑑証明書に記載されている内容と一致

法人の所在地 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号
法人名 社会福祉法人 キャリアパス
代表者職氏名 理事長 福祉 一郎

印

(添付書類)

口座振替依頼書等

印鑑証明書と同じ内容を記載し、同じ印で捺印

支払金口座振替依頼書

記入例

日付は空欄で提出してください。

令和 年 月 日

東京都知事 殿

東京都から私に支払われる令和3年度 東京都介護職員キャリアパス導入促進事業費補助金(キャリアパス導入促進事業費補助)は口座振替により受領することを希望します。ついては、今後下記の口座に口座振替の方法をもって振り込んでください。

郵便番号、住所、連絡先電話番号、法人名、代表者職・氏名を記入してください。(印鑑証明書に記載されている内容と一致)

依頼人

住所 〒163-8001
東京都新宿西新宿二丁目8番1号
(連絡先電話番号 03(5320)4267)
氏名 社会福祉法人キャリアパス
理事長 福祉 一郎



印鑑証明書と同じ印

(法人の場合は法人名及び代表者職・氏名)

振込先金融機関名	本・支店名	金融機関・支店コード	種目	口座番号 (右詰めで記入)
都庁 <small>銀行・信用金庫 信用組合・農協</small>	福祉 <small>本店 支店</small>	000x9xx	1	9876543
口座名義人 (カタカナ) 30文字まで				
フク) キャリアハ。ス リシ ッチヨウ フクシ イチロウ				

* 種目：預金種目は、次のコードを記入願います。 : 1普通、2当座、4貯蓄

必ず全ての項目を記入してください。
口座番号は右詰めで、口座名義人(カタカナ)は左詰めで記入してください。
濁点、半濁点は1マス使用してください。

ご注意

- 1 新規・変更の該当する部分をして囲んでください。
- 2 振込先の口座は依頼人ご本人の口座に限ります。(法人の場合は当該法人の口座に限ります。)
- 3 変更の場合は変更箇所のみご記入ください。

補助事業完了後に、消費税及び地方消費税の申告により、補助金に係る消費税及び地方消費税に係る仕入税額控除が確定した場合は、速やかに本様式により報告を行う必要があります。

(※仕入税額控除が0円の場合を含みます。)

※代表者職氏名欄には代表者職氏名を記載の上、**印鑑証明書**と同じ印の捺印をお願いいたします。

別記様式第4号

令和 年 月 日

東京都知事 殿

法人の所在地

法人名

代表者職氏名

令和3年度消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

令和 年 月 日付3福保高介第 号により交付決定のあった令和3年度東京都介護職員キャリアパス導入促進事業費補助金（キャリアパス導入促進事業費補助）について、交付決定通知書により付された条件に基づき、下記のとおり報告する。

記

1 補助金確定額又は事業実績報告額

金 円

2 消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税に係る仕入れ控除税額

金 円

(注) 別添参考となる書類(2の金額の積算内訳等)

提出した事業計画書について取り下げる場合に提出
※代表者職氏名欄には代表者職氏名を記載の上、印
鑑証明書と同じ印の捺印をお願いいたします。

(参考様式)

令和 年 月 日

東京都知事殿

令和〇年〇月●日付で提出した令和3年度東京都介護職員キャリアパス導入促進事業の
事業計画書について、下記のとおり取り下げを報告しますので、よろしく申し上げます。

記

1 事業名

令和3年度東京都介護職員キャリアパス導入促進事業

2 事業所名

〇〇〇〇

3 取り下げ理由 (例)

予定していたレベル認定者を輩出できなかったため、補助要件に該当しなくなった。

法人住所

法人名

代表者職・氏名

交付決定後に補助金を辞退する場合に提出
※代表者職氏名欄には代表者職氏名を記載の上、印鑑証明書と同じ印の捺印をお願いいたします。

(参考様式)

令和 年 月 日

東京都知事 殿

令和○年○月●日付 3 福保高介第◇◇◇号で交付決定のあった令和3年度東京都介護職員キャリアパス導入促進事業（キャリアパス導入促進事業費補助）について、下記のとおり補助金を辞退いたします。

記

1 事業名

令和3年度東京都介護職員キャリアパス導入促進事業（キャリアパス導入促進事業費補助）

2 事業所名

○○○○

3 取り下げ理由（例）

当該補助金の対象となる介護職員（△△ △△）について、令和4年 月 日付で、本人より下記のとおり退職の申し出がありました。この結果、レベル認定手当相当額を支給できず、本事業の補助要件を満たさなかったため、補助金を辞退いたします。

【退職日】

【退職理由】

法人住所

法人名

代表者職・氏名

令和3年度東京都介護職員キャリアパス導入促進事業費補助金交付要綱

2福保高介第1927号

令和3年3月16日

第1 目的

東京都介護職員キャリアパス導入促進事業費補助金は、都内に所在する介護サービスを提供する民間の事業所等（以下「事業所」という。）がキャリアパスの導入等（以下「補助対象事業」という。）に要する費用の一部を予算の範囲内で補助することにより、介護人材の育成を図るとともに、人材の定着促進につなげることを目的とする。

第2 対象事業所

都内に所在する別表1に定める事業所とする。ただし、国又は地方公共団体が設置する事業所（地方自治法（昭和22年法律第67号）第244条の2第3項の規定により指定管理者が管理するものを含む。）は除く。

第3 補助対象事業者

第2に定める事業所を運営する事業者（以下「補助対象事業者」という。）で、別紙1に掲げる要件を満たす事業者とする。ただし、次に掲げる者を除く。

- (1) 暴力団（東京都暴力団排除条例（平成23年東京都条例第54号。以下「暴排条例」という。）第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）
- (2) 法人その他の団体の代表者、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員に暴力団員等（暴力団並びに暴排条例第2条第3号に規定する暴力団員及び同条第4号に規定する暴力団関係者をいう。）に該当する者があるもの
- (3) 社会福祉法（昭和26年法律第45号）、老人福祉法（昭和38年法律第133号）、介護保険法（平成9年法律第123号）又はこれらの法律に基づく命令に違反する事実がある法人

第4 補助の種類

キャリアパス導入促進事業費補助

第5 補助対象事業

この要綱による補助対象事業は、事業所が「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」を活用し、介護職員のキャリアパスの導入を実施する事業とする。

第6 補助対象経費等

この要綱による補助対象経費は、介護職員のキャリアパスの導入に必要な経費で、別表2に掲げる経費とする。

なお、レベル2以下の者については、1事業所につき4人までとする。

第7 補助対象期間

1 事業所当たりの補助対象期間は、補助金の交付を受けた初年度から起算して、3年間を上限とする。ただし、補助開始から2年目に新たにレベル認定者を輩出した場合は、4年間まで、3年目に新たにレベル認定者を輩出した場合は、5年間まで延長する。

第8 補助金の額

この補助金は、次の1及び2により算出された額を、都の予算の範囲内において交付するものとする。ただし、算出された額に1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てる。

- 1 別表2に定められた基準額と、総事業費から寄附金その他の収入額を控除した額のうち、いずれか小さい方の額を選定する。
- 2 1により算出された額の合計に、第4欄に定める補助率を乗じて得た額を、交付額とする。

第9 補助金の交付の申請

この補助金の交付を受けようとする補助対象事業者は、別に定める日までに補助金交付申請書（別記様式第1号から第1号-6まで）を東京都知事（以下「知事」という。）に提出しなければならない。

第10 交付の決定等

知事は、第9による申請があったときは、当該申請書の内容を審査し、適当と認めた場合は、補助金の交付を決定し、申請者に通知する。

また、適正な交付を行うため、必要があるときは、知事は申請事業者に対し資料の提出、申請書類等の修正を求めることができる。

第11 補助条件

この補助金の交付に当たっては、別記補助条件を付するものとする。

第12 事務委託

知事は、この補助金に係る事務の一部を当該事務等を適切に行える法人等に委託することができる。

第13 実績報告書の提出

補助対象事業者は、補助事業が完了したとき、補助金の交付の決定に係る会計年度が終了したとき又は補助事業の廃止の承認を受けたときは、それらの事実があったときから10日以内に、実績報告書（別記様式第2号から第2号-5まで）を知事に提出しなければならない。

第14 補助金の額の確定等

知事は、第13の規定による実績報告書を受けた場合において、実績報告書の審査及び必要

に応じて行う現地調査等により、当該報告に係る補助事業の成果がこの交付の決定の内容及びこれに付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、交付対象事業者に通知する。

第15 請求

第14による補助金の額の確定後において補助金を請求するときは、補助対象事業者は、請求書（別記様式第3号）を知事に提出しなければならない。

(附則)

- 1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。
- 2 この要綱は、補助対象事業者が、平成29年度東京都介護職員キャリアパス導入促進事業費補助金交付要綱（平成29年3月17日付28福保高介第1616号）、平成30年度東京都介護職員キャリアパス導入促進事業費補助金交付要綱（平成30年3月30日付29福保高介第2020号）、平成31年度東京都介護職員キャリアパス導入促進事業費補助金交付要綱（平成31年3月29日付30福保高介第2583号）又は令和2年度東京都介護職員キャリアパス導入促進事業費補助金交付要綱（令和2年3月31日付31福保高介第2300号）に基づき補助金の交付を受けた場合においても、適用するものとする。

別表 1

サービス名	コード
・訪問介護	A
・（介護予防）訪問入浴介護	B
・通所介護	C
・（介護予防）短期入所生活介護	D
・（介護予防）短期入所療養介護	E
・（介護予防）通所リハビリテーション	F
・（介護予防）特定施設入居者生活介護	G
・定期巡回・随時対応型訪問介護看護	H
・夜間対応型訪問介護	I
・（介護予防）小規模多機能型居宅介護	J
・看護小規模多機能型居宅介護	K
・（介護予防）認知症対応型共同生活介護	L
・（介護予防）認知症対応型通所介護	M
・地域密着型特定施設入居者生活介護	N
・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	O
・地域密着型通所介護	P
・介護福祉施設サービス	Q
・介護保健施設サービス	R
・介護医療院サービス	S
・介護療養施設サービス	T

※介護保険法（平成9年法律第123号）第72条の2の規定による共生型サービスは除く。

別表2

1 対象補助	2 対象経費	3 補助基準	4 補助率
キャリアパス導入促進事業費補助	<p>(1) レベル認定者への手当等経費</p> <p>(2) アセッサーへの手当等経費</p> <p>(3) キャリアパス導入体制づくり経費</p>	<p>(1) 基準額</p> <p>アとイを比較し、いずれか小さい方の額を基準額とする。</p> <p>ア</p> <p>① レベル認定者1人の事業所 500千円</p> <p>② レベル認定者2人の事業所 1,000千円</p> <p>③ レベル認定者3人の事業所 1,500千円</p> <p>④ レベル認定者4人以上の事業所 2,000千円</p> <p>イ</p> <p>補助金の交付を受けた初年度から令和2年度までの補助基準額の累計額を6,000千円から引いた額</p> <p>(2) 上限額</p> <p>ア 1事業所当たり 2,000千円</p> <p>イ レベル認定者への手当等経費</p> <p>① 基準額500千円の事業所 240千円</p> <p>② 基準額1,000千円の事業所 480千円</p> <p>③ 基準額1,500千円の事業所 720千円</p> <p>④ 基準額2,000千円の事業所 960千円</p>	10/10

1 対象経費

(1) 必須経費

下記に係る経費は、必須とする。

① レベル認定者への手当等経費

なお、レベル認定者への手当相当額は、認定されたレベルに応じて、事業所内で差を設けること。

② アセッサーへの手当等経費

なお、アセッサーへの手当相当額は、レベル4認定者の手当相当額と同等とすること。

(2) キャリアパス導入体制づくり経費

事業所内のキャリアパスの導入に係る経費

なお、設備整備費及び備品購入費は対象外とする。

別紙1

東京都介護職員キャリアパス導入促進事業に係る補助対象事業者の要件

1 キャリアパス導入促進事業費補助

(1) レベル認定者及びアセッサーへの手当等の支給に関する要件

レベル認定者及びアセッサーへ手当相当額を支給していること。

(2) セミナー参加に関する要件

都が指定する事業所の管理者等を対象としたセミナーに参加すること。

補 助 条 件

1 承認事項

補助対象事業者は、次のいずれかに該当する場合は、あらかじめ知事の承認を受けなければならない。ただし、(1)に掲げる事項のうち軽微なものについてはこの限りでない。

- (1) 補助事業の内容を変更しようとするとき。
- (2) 補助事業を中止し、又は廃止しようとするとき。

2 事故報告

補助対象事業者は、補助事業の遂行が困難となった場合には、速やかにその理由及び状況を書面により知事に報告し、その指示を受けなければならない。

3 他の補助金との重複禁止

この要綱による補助金の交付と対象経費を重複して、他の補助金等の交付を受けてはならない。

4 対象事業所に備える書類等

補助対象事業者は、補助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事業完了後5年間保管しておかなければならない。

5 消費税等に係る税額控除の申告

補助事業完了後に、消費税及び地方消費税の申告により補助金に係る消費税及び地方消費税に係る仕入税額控除が確定した場合（仕入税額控除が0円の場合を含む。）は、別記様式第4号により速やかに知事に報告しなければならない。

6 事情変更による決定の取消し等

知事は、交付の決定の後においても、事情の変更により特別の必要が生じたときは、この交付の決定の全部若しくは一部を取り消し、又はこの交付の決定の内容若しくはこれに付した条件を変更することがある。ただし、補助事業のうち既に経過した期間に係る部分については、この限りでない。

7 補助事業の完了の時期

補助対象事業者は、補助事業を補助決定の交付の決定に係る会計年度中に完了しなければならない。

8 状況報告

補助対象事業者は、知事の求めに応じて、補助事業の遂行の状況に関し書面により報告

しなければならない。

9 遂行命令及び遂行の一時停止命令

- (1) 知事は、補助対象事業者が提出する報告、地方自治法（昭和22年法律第67号）第221条第2項の規定による調査等により、補助事業がこの補助金の交付の決定の内容又はこれに付した条件に従って遂行されていないと認めるときは、補助対象事業者に対し、これらに従って補助事業を遂行すべきことを命ずる。
- (2) 補助対象事業者が（1）の命令に違反したときは、知事は、当該補助事業の一時停止を命ずることができる。

10 是正のための措置

知事は、9の規定による調査等の結果、補助事業の成果がこの交付の決定の内容及びこれに付した条件に適合しないと認めるときは、補助対象事業者に対し、当該補助事業につき、これらに適合させるための処置をとることを命ずる。

11 決定の取消し

- (1) 知事は、補助対象事業者が次のいずれかに該当した場合は、この交付の決定の全部又は一部を取り消す。
 - ア 偽りその他不正な手段により補助金の交付を受けたとき。
 - イ 補助金を他の用途に使用したとき。
 - ウ その他この交付の決定の内容又はこれに付した条件その他法令若しくはこの交付の決定に基づく命令又は要綱に違反したとき。
- (2) (1)の規定は、本要綱第14の規定により交付すべき補助金の額の確定があった後においても適用があるものとする。

12 補助金の返還

知事は、6又は11の規定によりこの交付の決定を取り消した場合において、補助事業の当該取消しに係る部分に関し、既に補助金が交付されているときは、期限を定めて、その返還を命ずる。

13 違約加算金

- (1) 補助対象事業者は、11の規定によりこの交付の決定の全部又は一部を取り消され、補助金の返還を命じられたときは、補助金の受領の日から納付の日までの日数に応じ、当該補助金の額（その一部を納付した場合におけるその後の期間については、既納付額を控除した額）につき、年10.95パーセントの割合で計算した違約加算金（100円未満の場合を除く。）を納付しなければならない。
- (2) (1)により違約加算金を計算する際の1か年の日数は、閏年に係らず365日とする。
- (3) (1)により違約加算金を納付しなければならない場合において、当該補助対象事業者の納付した金額が返還を命じた補助金の額に達するまでは、当該返還を命じた

補助金の額に充てるものとする。

14 延滞金

- (1) 補助対象事業者は、補助金の返還を命ぜられた場合において、これを納付期までに納付しなかったときは、納期の翌日から納付の日までの日数に応じ、その未納付額（その一部を納付した場合におけるその後の期間については、既納付額を控除した額）につき年10.95パーセントの割合で計算した延滞金（100円未満の場合を除く。）を納付しなければならない。
- (2) 13の(2)及び(3)の規定は延滞金に準用する。

15 他の補助金等の一時停止等

知事は、補助対象事業者に対し、補助金の返還を命じ、補助対象事業者が当該補助金、違約加算金又は延滞金の全部又は一部を納付しない場合において、他に同種の事務又は事業について交付すべき補助金等があるときは、相当の限度においてその交付を一時停止し、又は当該補助金と未納付額とを相殺するものとする。