

# 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） （専門人材育成・定着促進助成）

交付申請の提出にあたり、こちらで提出書類をチェックの上、一緒にご提出下さい。

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

番号	提出書類名	提出時チェック欄			備考
		①	②	③	
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） （専門人材育成・定着促進助成）（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	離職率計算表（事業所別）（別記様式第1号-3） ※全事業所分	✓	/	✓	
5	雇用保険一般被保険者のうちの介護職員名簿 離職による雇用保険一般被保険者資格喪失者数（事業所別）（別記様式第1号-4） ※全事業所分	✓	/	✓	
6	キャリアパス導入達成状況チェックシート（事業所別）（別記様式第1号-5） ※全事業所分	✓	/	✓	
7	交付申請内訳（事業所別）（別記様式第1号-6） ※全事業所分	/	✓	✓	
8	離職率計算表等（事業所別）（別記様式第1号-7） ※全事業所分	/	✓	✓	
9	雇用保険一般被保険者のうちの介護職員名簿 離職による雇用保険一般被保険者資格喪失者数（事業所別）（別記様式第1号-8） ※全事業所分	/	✓	✓	
10	印鑑証明書（原本） ※令和3年4月1日以降に取得したもの	✓	✓	✓	
11	定款又は寄付行為（写）	✓	✓	✓	
12	請求書 ※1法人1枚	✓	✓	✓	
13	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。

※提出時チェック欄は、①から③までのうちいずれか1行を選択の上、ご記入ください。

なお、以下「交付要綱」とは、「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（専門人材育成・定着促進助成）交付要綱」を指します。

- ①：交付要綱別紙1に掲げる要件のみを満たす場合
- ②：交付要綱別紙2に掲げる要件のみを満たす場合
- ③：交付要綱別紙1に掲げる要件及び別紙2に掲げる要件どちらも満たす場合

※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内容と一致するように記載してください。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に記載してください。ただし、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。

- ①：交付要綱別紙1に掲げる要件のみを満たす場合
- ②：交付要綱別紙2に掲げる要件のみを満たす場合
- ③：交付要綱別紙1に掲げる要件及び別紙2に掲げる要件どちらも満たす場合

## 記入例

別記様式第1号

令和 年 月 日

東京都知事 殿

対象事業所数が多く、申請書1枚に書き切れない場合は、「2 内訳」を任意用紙に記入して提出してください。

法人名：社会福祉法人キャリア

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  
(専門人材育成・定着促進助成)

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(専門人材育成・定着促進助成)交付要綱第8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に定める事項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 2,700,000 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 *1	備考
1	新宿キャリア介護事業所(特養)	1234567801	Q	900,000	
2	新宿キャリア介護事業所(通所介護)	1234567802	C	1,800,000	
3					
4					
5					
6					
7					
合計				※2 2,700,000	

事業所名は、事業所指定を受けた内容と一致するように記載してください。  
事業所名が同一である場合は、サービス名が分かるように記入してください。

\* 1別記様式第1号-2又は第1号-6の「1 補助金交付申請額」を転記してください。

\* 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	とうきょう いちろう		事業申請数 2
お名前	東京 一郎		
TEL	03-3344-8532		

## 記入例

事業所名: 新宿キャリア介護事業所(特養)

所在地: 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

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)  
(専門人材育成・定着促進助成)

自動的に入力されます。

1 補助金交付申請額 金 900,000 円

2 内訳 (単位:円)

補助基準額 A	寄付金 その他収入額 B	補助申請額 C (=A-B)
900,000	0	900,000

3 令和2年度における補助対象レベル認定者

No	氏名	レベル (令和2年度)
1	介護 太郎	2①
2	新宿 一郎	3
3		
4		
合計(人)		2

令和2年度のキャリアパス導入促進  
事業費補助の補助対象となったレベ  
ル認定者を記載してください。

人数を記載してください。  
○2人以下の場合:補助基準額(A)  
900,000円  
○3人以上の場合:補助基準額(A)  
1,800,000円となります。

事業所名: 新宿キャリア介護事業所(特養)

自動的に入力されます。

記入例

離 職 率 計 算 表

1 導入前等離職率

- (1) ①及び②のA、B、C欄にそれぞれ数値を入力してください。  
 ※平成28年4月1日現在、介護サービス事業を開始していなかった場合は、②のみ入力してください。  
 ※平成29年4月1日現在、介護サービス事業を開始していなかった場合は、③のみ入力してください。
- (2) ①及び②の離職率を算出した場合は、①及び②の平均値を「導入前等離職率」の欄に入力してください。
- (3) ②又は③のみの離職率を算出した場合は、②又は③の値を「導入前等離職率」の欄に入力してください。

①平成28年度		
A	平成28年4月1日における雇用保険一般被保険者数	26人
B	Aのうち、介護職員数	24人
C	Bのうち、平成28年度における離職による雇用保険一般被保険者資格喪失者数(*1)	5人
平成28年度における離職率(C/B×100) ※小数点以下切捨て		20%

②平成29年度		
A	平成29年4月1日における雇用保険一般被保険者数	25人
B	Aのうち、介護職員数	22人
C	Bのうち、平成29年度における離職による雇用保険一般被保険者資格喪失者数(*1)	4人
平成29年度における離職率(C/B×100) ※小数点以下切捨て		18%

③ (C欄) 別記様式第1号-4に記載した人数と一致します。 記入した年度ごとに別記様式第1号-4を作成してください。 記入例の場合は、平成28、29、令和元、2年度年度の別記様式第1号-4が必要になります。		
平成30年度における離職率(C/B×100) ※小数点以下切捨て		

導入前等離職率  
(※小数点以下切捨て)

19%

2 導入後離職率

平成30年度からキャリアパス導入促進事業費補助を3年間継続して受給している事業者が補助対象となります。

- (1) ①及び②のA、B、C欄
- (2) ①及び②の平均値を「導入後離職率」の欄に記載してください。

(B欄)  
別記様式第1号-4に記載した人数と一致します。  
記入した年度ごとに別記様式第1号-4を作成してください。  
記入例の場合は、平成28、29、令和元、2年度の別記様式第1号-4が必要となります。

①令和元年		
A	令和元年4月1日における雇用保険一般被保険者数	28人
B	Aのうち、介護職員数	24人
C	Bのうち、令和元年度における離職による雇用保険一般被保険者資格喪失者数(*1)	4人
令和元年度における離職率(C/B×100) ※小数点以下切捨て		16%

②令和2年度		
A	令和2年4月1日における雇用保険一般被保険者数	29人
B	Aのうち、介護職員数	25人
C	Bのうち、令和2年度における離職による雇用保険一般被保険者資格喪失者数(*1)	3人
令和2年度における離職率(C/B×100) ※小数点以下切捨て		12%

【要件】

- ・導入後離職率が導入前等離職率よりも低下していること。
- ・導入後離職率が30%以下となること。

導入後離職率  
(※小数点以下切捨て)

14%

\* B欄及びC欄については、記入した年度ごとに別記様式第1号-4を作成すること。  
 \* 1: 離職による雇用保険一般被保険者資格喪失者数には、以下のアからウに該当する者は含めない。  
 ア 定年退職による離職者  
 イ 重責解雇による離職者  
 ウ 役員昇格、労働者の個人的な事情による労働時間の短縮により雇用保険一般被保険者資格を喪失した者

自動的に入力されます。

別記様式第1号-4(事業所別)

### 記入例

事業所名: 新宿キャリア介護事業所(株)

1 令和 2 年4月1日における雇用保険一般被保険者のうちの介護職員名簿

No.	氏名	年度ごとに作成してください。	氏名	雇用保険被保険者番号
1	〇〇〇 〇〇	12345678901	16	.
2	×× ×××	23456789012	17	△△ △△△
3	□□□ □□	34567890123	18	.
4	◇◇ ◇◇	45678901234	19	◆◆ ◆◆
5	●●● ●●	56789012345	20	.
6	■ ■ ■ ■	67890123456	21	.
7	.	.	22	.
8	▲▲ ▲	33456789012	23	.
9	.	.	24	☆☆☆ ☆☆
10	.	.	25	◎◎◎ ◎◎
11			26	
12			27	
13			28	
14			29	
15			30	

別記様式第1号-3の該当する年度のB欄の人数と一致します。  
 対象者が31名以上いる場合は、2枚目のNo.を31からの番号とし、  
 本様式にて提出してください。

\* 本様式に記載する人数は、別記様式第1号-3のB欄の人数と一致する。  
 \* 別記様式第1-3(事業所別)に記入した年度ごとに作成すること。

2 Bのうち、令和 2 年度における離職による雇用保険一般被保険者資格喪失者数

年度ごとに作成してください。

3 人

(内訳)

No.	上記1のNo.	No.
1	2	6
2	6	7
3	8	8
4		9
5		10

上記1のNo.を記載してください。

別記様式第1号-3の該当する年度のC欄の人数と一致します。  
 対象者が11名以上いる場合は、2枚目のNo.を11からの番号とし、  
 本様式にて提出してください。

\* 本様式に記載する人数は、別記様式第1号-3のC欄の人数と一致する。  
 \* 別記様式第1-3(事業所別)に記入した年度ごとに作成すること。

自動的に入力されます。

事業所名: 新宿キャリア介護事業所(特養)

## 記入例

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

(専門人材育成・定着促進助成)

キャリアパス導入達成状況チェックシート

- ・1から3までは、該当するものに○を
- ・4及び5は、具体的な取組について

平成30年度からキャリアパス導入促進事業費補助を3年間継続して受給している事業者が記入対象となります。

1 キャリア段位制度を活用したキャリアパス導入について、介護職員に周知した。

- ・周知した
- ・周知していない( 年 月達成予定)

2 キャリア段位制度を活用したキャリアパス導入について、利用者や利用者家族に周知した。

- ・周知した
- ・周知していない( 令和3 年 12 月達成予定)

3 キャリアパス導入により、職責に応じた処遇が実現された。

- ・実現した
- ・実現していない( 年 月達成予定)

【実現した具体的内容】

職層に応じた給与制度に見直したことで、職員のモチベーション向上につながった。

4 キャリアパス導入期間におけるキャリアパス導入促進事業費補助を活用した取組内容

1年目

- 社労士を活用した給与制度の見直し
- 職員研修の実施

1年目は平成30度、2年目は令和元年度、3年目は令和2年度の取組内容を記入してください。

2年目

- 経営コンサルタントによる経営分析に基づいたコスト削減
- 職員研修の拡充

○全ての項目について、記載してください。  
○記入欄に書き切れない場合は、「別紙記載」とし、別紙任意様式に記入して提出してください。

3年目

- レベル認定者をさらに輩出するために代替職員を活用
- 職員研修の拡充

5 本助成金を活用して今後取り組みたいこと

- 経営コンサルタントを活用し、事業拡大のための戦略を立てる。
- 社労士等を活用し、人事制度を見直す。
- レベル認定者、アセッサー及びキャリア段位制度に協力した介護職員への手当支給

## 記入例

事業所名: 新宿キャリア介護事業所(特養)

所在地: 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

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)  
(専門人材育成・定着促進助成)

自動的に入力されます。

1 補助金交付申請額 金 1,100,000 円

2 内訳 (単位:円)

補助基準額 A	寄付金 その他収入額 B	補助申請額 C (=A-B)
1,100,000	0	1,100,000

3 令和元年度における補助対象レベル認定者

No	氏名	レベル (令和元年度)
1	介護 太郎	2①
2	新宿 一郎	3
3		
4		
合計(人)		2

令和元年度のキャリアパス導入促進事業費補助の補助対象となったレベル認定者を記載してください。

人数を記載してください。  
○2人以下の場合:補助基準額(A)  
1,100,000円  
○3人以上の場合:補助基準額(A)  
2,200,000円となります。

事業所名: 新宿キャリア介護事業

記入例

自動的に入力されます。

離職率計算表等

1 令和2年度の離職率

令和2年度に専門人材育成・定着促進助成にて支給している事業者が補助対象となります。

(1) A、B、C欄に必要事項を記載してください。

令和2年度		(B欄・C欄) 別記様式第1号-8に記載した人数と一致します。
A	令和2年4月1日における雇用保険一般被保険者数	
B	Aのうち、介護職員数	
C	Bのうち、令和2年度における離職による雇用保険一般被保険者資格喪失者数(*1)	
令和2年度における離職率(C/B×100) ※小数点以下切捨て		

2 令和元年度の離職率

**【要件】**  
・令和2年度の離職率が、令和元年度の離職率以下になること。

(1) A、B、C欄に必要事項を記載してください。

令和元年度		
A	平成31年4月1日における雇用保険一般被保険者数	
B	Aのうち、介護職員数	
C	Bのうち、令和元年度における離職による雇用保険一般被保険者資格喪失者数(*1)	
令和元年度における離職率(C/B×100) ※小数点以下切捨て		

- \* 令和元年度及び2年度のB欄及びC欄については、年度ごとに別記様式第1号-8を作成すること。
- \* 1: 離職による雇用保険一般被保険者資格喪失者数には、以下のアからウに該当する者は含めない。
- ア 定年退職による離職者
- イ 重責解雇による離職者
- ウ 役員昇格、労働者の個人的な事情による労働時間の短縮により雇用保険一般被保険者資格を喪失した者

3 本助成金を活用して今後取り組みたいこと



自動的に入力されます。

事業所名: 新宿キャリア介護事業所

### 記入例

1 令和 2 年4月1日における雇用保険一般被保険者のうちの介護職員名簿

No.	氏名	年度ごとに作成してください。		氏名	雇用保険 被保険者番号
		氏名	被保険者番号		
1	〇〇〇 〇〇	12345678901	16	.	.
2	×× ×××	23456789012	17	△△ △△△	22345678901
3	□□□ □□	34567890123	18	.	.
4	◇◇ ◇◇	45678901234	19	◆◆ ◆◆	11234567890
5	●●● ●●	56789012345	20	.	.
6	■ ■ ■ ■	67890123456	21	.	.
7	.	.	22	.	.
8	▲▲ ▲	33456789012	23	.	.
9	.	.	24	☆☆☆ ☆☆	78901234567
10	.	.	25	◎◎◎ ◎◎	90123456789
11	.	.	26		
12	別記様式第1号-7の該当する年度のB欄の人数と一致します。 対象者が31名以上いる場合は、2枚目のNo.を31からの番号とし、 本様式にて提出してください。				
13					
14					
15					

\* 本様式に記載する人数は、別記様式第1号-7の1(1)のB欄の人数と一致する。

2 Bのうち、令和 2 年度における離職による雇用保険一般被保険者資格喪失者数

3 人

年度ごとに作成してください。

(内訳)

No.	上記1のNo.	No.
1	2	6
2	6	7
3	8	8
4		9
5		10

上記1のNo.を記載してください。

別記様式第1号-7の該当する年度のC欄の人数と一致します。  
 対象者が11名以上いる場合は、  
 2枚目のNo.を11からの番号とし、  
 本様式にて提出してください。

\* 本様式に記載する人数は、別記様式第1号-7の(1)のC欄の人数と一致する。

1 法人につき 1 枚提出して  
ください。

## 記入例

別記様式第 2 号

### 請 求 書

金           〇〇〇, 〇〇〇           円

請求内訳書 (単位: 円)

交 付 決 定 額 (A)	今 回 請 求 額 (B)
<u>          〇〇〇, 〇〇〇          </u>	<u>          〇〇〇, 〇〇〇          </u>

別記様式第 1 号の 1 補助金交付申請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金 (専門人材育成・  
定着促進助成) 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  
法人名  
代表者職氏名

印

印鑑証明書と同じ印

(添付書類)

口座振替依頼書等

支払金口座振替依頼書

日付は空欄で提出してください。

記入例

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  
促進助成) は口座振替により受領することを希望しま  
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

(法人の場合は、法人名及び代表者職・氏名)

印

印鑑証明書と同じ印

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 銀行・信用金庫	本店 福祉	0 0 0 × 9 X x	1	9 8 7 6 5 4 3
	支店			
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○で囲んでください。
- 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。