

令和3年度介護施設等による外国人介護職員とのコミュニケーション促進支援事業補助金  
提出書類一覧（交付申請時）

記入例

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。

法人名： 社会福祉法人〇〇〇会
事業所名： 特別養護老人ホーム〇〇園

番号	提出書類名	提出時 チェック欄	注意点
1	令和3年度介護施設等による外国人介護職員とのコミュニケーション促進支援事業補助金提出書類一覧（交付申請時）（本票）	✓	
2	令和3年度介護施設等による外国人介護職員とのコミュニケーション促進支援事業補助金交付申請書（別記様式第1号）	✓	◆法人名、法人住所、代表者名、代表者印は印鑑証明書と同一のものか。 ◆日付は提出日を記入すること。
3	所要額調書（別記様式第1号-2）	✓	◆記入ミス、転記ミスはないか。
4	事業計画書（別記様式第1号-3）	✓	◆記入ミス、転記ミスはないか。
5	所要経費積算内訳（別記様式第1号-4）	✓	◆記入ミス、転記ミスはないか。
6	本事業の活用が見込まれる外国人介護職員の雇用が確認できる雇用契約書 ※ 雇用予定の場合は、雇用予定であることを証明する書類（参考様式1-①） ※ 本事業の活用が見込まれる者全員分提出	✓	◆交付申請時に参考様式①を提出する者については、実績報告時に勤務が確認できる書類を提出すること
7	領収書、見積書の写し等の補助対象経費を積算した根拠書類	✓	◆支払済みの経費は領収書を提出 ◆数字の根拠となる資料は全て添付 ◆各書類に、別記様式第1号-4（所要経費積算内訳）と対応する番号を記入
	金額換算可能な各種ポイントが付与・利用された場合の当該ポイント相当額の確認できる根拠資料 ※利用されたポイント数が記載された請求書、ポイント付与の条件（何円購入で何ポイント）や1ポイント当たりの換金率が記載されたカード会社の規約書等	✓	◆該当がある場合のみ提出
8	歳入歳出予算書抄本（参考様式1-②）	✓	
9	印鑑証明書	✓	◆令和3年4月1日以降に取得したもの
10	その他参考となる資料		

※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。

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。

○申請する経費について、以下の点を確認し、レ点をつけてください。

本補助金と対象経費を重複して他の補助金等の交付を受けていない。「他の補助金等」の一例を以下に示します。

- ・外国人介護福祉士候補者受入施設研修費補助金
- ・外国人技能実習制度に基づく外国人介護実習生の受入支援補助金
- ・介護施設等による留学生受入れ支援事業補助金

○対象経費の支払時に、金額換算可能な各種ポイントが付与又は利用されたかについて、以下のチェックボックスのうち該当するものにレ点をつけてください。

- ①  対象経費の支払時に、金額換算可能な各種ポイントが付与された。  
※金額換算可能な各種ポイントが付与された場合は、当該ポイントの今後の利用予定の有無にかかわらず、レ点をつけること。
- ②  対象経費の支払時に、対象経費の一部の金額について金額換算可能な各種ポイントを利用した。
- ③  上記①及び②のいずれにも該当しない。

各事項について確認し、レ点をつけてください。

別記様式第 1 号

・印鑑証明書と同じ内容を記載してください(建物名や部屋番号を追記することは差支えありません)。  
 ・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。  
 ・代表者の職名も記入してください。

水色のセルに入力してください。  
 (白色のセルは自動計算)

**記入例**

令和 3 年〇月〇日

印鑑登録の印鑑を必ず使用してください。

法人名	社会福祉法人〇〇〇〇
事業所名	特別養護老人ホーム〇〇園
代表者職氏名	理事長 東京 太郎
法人住所	東京都新宿区西新宿〇丁目〇番地

令和 3 年度介護施設等による外国人介護職員とのコミュニケーション促進支援事業補助金  
 交付申請書

このことについて、令和 3 年度介護施設等による外国人介護職員とのコミュニケーション促進支援事業補助金交付要綱第 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 (1) から (3) までに掲げる者に該当しないこと及び同要綱別記補助条件 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

1. 申請額 180,000 円

別記様式第 1 号-2 の F 欄「申請額」が自動入力されます。

2. 事業所情報

事業所所在地	東京都新宿区〇〇	
事業所指定番号	1 3 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	
サービス種別	Q	介護福祉施設サービス

※サービス種別は、「介護施設等による外国人介護職員とのコミュニケーション促進支援事業補助金交付要綱」別表 1 に定めるサービス種別コードから選択してください。

別表のサービス種別コード表から選択してください。

<本補助金申請事務の担当者>

※「書類送付先」は、上記「事業所所在地」と異なる場合のみ記入すること。

担当	ふりがな	しんじゅく いちろう
	氏名	新宿 一郎
	書類送付先	
	電話番号	03-1234-××××
	メールアドレス	shiniyuku@xxx

別表

サービス種別コード表

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

**記入例**

水色のセルに入力してください。  
(白色のセルは自動計算)

所要額調書

**【B欄 対象経費の実支出(予定)額】**

別記様式第1号-4の対象経費の実支出(予定)額の合計額が自動的に入力されます。

対象経費の支払時に金額換算可能な各種ポイントを利用した場合には、当該ポイント相当額を控除した額が対象経費の実支出(予定)額となります。

法人名 社会福祉法人〇〇〇会

事業所名 特別養護老人ホーム〇〇園

**【F欄 申請額】**

別記様式第1号の「1申請額」に自動入力されます。

単位：円

補助基準額 (A)	対象経費の実支出(予定)額 (B)	寄附金その他の収入額 (C)	差引後 実支出(予定)額 (D = B - C)	AとDを比較し 少ない方の額 (E)	申請額 (F = E × 2/3)
300,000	270,000	0	270,000	270,000	180,000

**【C欄 寄附金その他の収入額】**

用途を当該事業に限定した寄附金等があれば、記入してください。

対象経費の支払時に、金額換算可能な各種ポイントが付与された場合には、当該ポイント相当額を「寄附金その他の収入額」に計上してください。

- (注) 1 B欄の詳細な内訳を、「所要経費積算内訳」(別記様式第1号-3)に記入すること。  
 2 C欄には、用途を当該事業に限定した寄附金等があれば、記入すること。  
 また、対象経費の支払時に、金額換算可能な各種ポイントが付与された場合には、当該ポイント相当額を記入すること。  
 3 E欄には、A欄とD欄を比較して少ない方の額を記載すること。  
 4 F欄には、補助率を乗じて得た額を記載すること。ただし、千円未満の端数が生じた場合は切り捨てること。

**記入例**

**事業計画書**

水色のセルに入力してください。  
(白色のセルは自動入力)

**1. 事業所概要**

- (1) 事業所名
- (2) 事業所所在地
- (3) 事業所指定番号
- (4) サービス種別

特別養護老人ホーム〇〇園
東京都新宿区〇〇
13〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
介護福祉施設サービス

【事業所概要】「提出書類一覧」に記載した内容が自動的に入力されますので、確認してください。

**2. 事業所の状況**

- (1) 交付申請時点の利用者数

100人

※ 利用定員数ではなく、交付申請時点の実際の利用者数を記載する

(1) 交付申請時点の利用者数  
施設系: 定員  
訪問系: 登録者数  
を記載してください。

- (2) 交付申請時点の職員数

介護職員 50人 事務職員等 10人 合計 60人

- ※ 雇用予定は含まない。
- ※ 常勤・非常勤の別は問わない（常勤換算人数の記載も可）。
- ※ 介護業務に従事しない職員(事務職員等)も含む。

- (3) 本事業の活用が見込まれる外国人介護職員について

- ※ 雇用予定を含む。  
ただし、令和3年4月1日から令和4年3月31日までの間に事業所で1か月以上の雇用が必要。  
なお、雇用期間の算定は、雇用開始が月の途中であった場合、雇用開始日の属する月の翌月から起算し、雇用終了が月の途中であった場合、雇用終了日の属する月の前月までを算定する。
- ※ 常勤・非常勤の別は問わない。
- ※ 介護業務に従事しない職員(事務職員等)は含まない。

合計人数 2人

上記合計人数に計上した外国人職員一覧（※行が足りなければ別紙に記載すること。）

	氏名	国籍	区分	事業所での雇用開始(予定)	事業所での雇用終了(予定)	申請年度内雇用月数
1	ハノイ・ホーチミン	ベトナム	特定技能	令和3年10月1日	令和4年3月31日	6
2	スマトラ・ジャワ	インドネシア	その他(永住者等)	令和3年4月15日	令和3年6月15日	1
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

【区分】外国人別に下記のいずれかをプルダウンから選択してください。  
・EPA(候補生含む)。  
・技能実習生  
・在留資格介護  
・特定技能  
・留学生  
・その他(永住者等)

**3. 本事業を活用した取組計画**

実施(予定)時期	内容
令和3年4月	介護業務マニュアル(介護の手順、介護用語の統一化等)の作成(母国語への翻訳含む。)
令和3年5月	多言語翻訳機の購入又はリース
令和3年3月~4月	日本人職員及び外国人介護職員の異文化理解の学習

【内容】事業所で実施する内容を、下記のいずれかをプルダウンから選択してください。  
・介護業務マニュアル(介護の手順、介護用語の統一化等)の作成(母国語への翻訳含む。)  
・介護業務マニュアル(介護の手順、介護用語の統一化等)の購入  
・多言語翻訳機の購入又はリース  
・外国人介護職員の日本語学習  
・日本人職員及び外国人介護職員の異文化理解の学習  
・介護技能実習評価者養成講習の受講  
・その他コミュニケーションを促進し、外国人介護職員の受入環境整備のために必要な取組

**記入例**

所要経費積算内訳

水色のセルに入力してください。  
(白色のセルは自動入力)

【内容】別記様式第1号-3の  
「3. 本事業を活用した取組計画」から自動入力されます

(単位:円) ; 円

内容	科目	用途	単価	数量	数量の考え方	対象経費の実支出(予定)額	対象外国人項番	見積書等項番	ポイント発生
介護業務マニュアル(介護の手順、介護用語の統一化等)の作成(母国語への翻訳含む。)	役務費	介護業務マニュアルのベトナム語・インドネシア語への翻訳料	50,000	2	外国人職員の人数分	100,000	1,2	①	×
多言語翻訳機の購入又はリース	備品購入費	多言語翻訳機購入	30,000	2	外国人職員の人数	60,000	1,2	②	×
日本人職員及び外国人介護職員の異文化理解の学習	補助金	異文化理解促進のためのオンライン研修受講料	10,000	10	外国人職員と日本人職員の受講者数	100,000	1	④	×
	役務費	オンライン研修受講にかかるインターネット回線使用料	5,000	2	2か月分	10,000	2	⑤	×
<p>【科目】下記のいずれかをプルダウンから選択してください。 ※行が足りなければ追加すること。</p> <p>①報償費(講習・研修講師への報酬、謝金など) ②旅費(講習・研修会場への交通費など) ③需用費(介護業務マニュアル印刷費、日本語学習教材購入費など) ④役務費(インターネット回線使用料、郵送料、研修に伴う保険料、介護業務マニュアル翻訳料など) ⑤委託料(日本語教育、異文化理解講習の外部委託費) ⑥使用料及び賃借料(研修会場等の使用料、多言語翻訳機リース代など) ※多言語翻訳機以外の機器(パソコンやタブレット端末等)のリース代は、対象外 ⑦多言語翻訳機購入費 ※多言語翻訳機以外の機器(パソコンやタブレット端末等)の購入代は、対象外 ⑧補助金(施設・事業所が外国人介護職員に対し補助した日本語学校への入学金、受講料など)</p>									
対象経費の実支出(予定)額の合計額						270,000			

【数量の考え方】人数・回数等

【対象外国人項番】第1号-3の2(3)の外国人介護職員一覧上、どの外国人介護職員に要する経費なのか、第1号-3の2(3)の外国人の番号を記載してください。  
※外国人介護職員以外に要する経費は、記載不要

【見積書等項番】経費ごとに番号を振り、対応する見積書等にも同じ番号を振って、内訳と見積書等との対応関係が分かるようにしてください。

【対象経費の実支出(予定)額】  
自動計算されますが、必ず電卓等で検算すること。  
消費税も本補助金の対象となりますので、申請する場合は税込金額を記載してください。

※見積書の写し等、補助対象経費の内容について具体的に分かるものを添付すること。  
※対象経費の実支出(予定)額の合計額は、別記様式第1号-2のB欄に転記すること。

※対象者との雇用契約を交付申請時点で締結していない場合は、本様式を対象者分提出すること。

### 記入例

水色のセルに入力してください。  
(白色のセルは自動入力)

参考様式 1-①

令和3年〇月〇日

日付、法人名、事業所名、代表者職氏名は別記様式第1号の内容が自動入力されるので、ご確認ください。

※法人名・代表者氏名は、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。  
※代表者職氏名には、原則として印鑑証明書の記載と同様に、職名と氏名を記載してください。

法人名： 社会福祉法人〇〇〇会

事業所名： 特別養護老人ホーム〇〇園

代表者職氏名： 理事長 東京 太郎

### 令和3年度介護施設等による外国人介護職員とのコミュニケーション促進支援事業補助金 外国人雇用予定者について（雇用予定確認書）

標記補助金の申請対象者のうち、下記の者については、交付申請時点で雇用契約を締結しておりませんが、下記のとおり雇用契約を締結する予定です。

### 記

	雇用予定の者の氏名	令和3年度内の雇用予定期間			
		年度内の雇用開始時期		年度内の雇用終了時期	
1	ハノイ・ホーチミン	令和3年10月1日	から	令和4年3月31日	まで
2			から		まで
3			から		まで
4			から		まで
5			から		まで

(注1) 行が足りなくなった場合は、適宜行を追加してください。

(注2) 本様式に記載した者については、令和3年度内に1月以上雇用したことを確認できる雇用契約書を、実績報告時点で提出していただきます。

※事業所ごとに作成

水色のセルに入力してください。

参考様式1-②

### 令和3年度介護施設等による外国人介護職員との コミュニケーション促進支援事業補助金 に関する歳入・歳出予算書（抄本）

記入例

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 特別養護老人ホーム〇〇園

事業所名は別記様式第1号の内容が自動入力されるので、ご確認ください。

収入		支出	
科目	金額	科目	金額
都補助金	180,000	役務費	110,000
		備品購入費	60,000
		補助金	100,000
自己資金	90,000		
合計	270,000	合計	270,000
収入支出差引額		0 円	

【収入】

- ・「別記様式第1号-2」の「補助金交付申請額」を「都補助金」として記入
- ・都補助金以外で、「自己資金」にて支出する額を記入（寄附金その他収入額）

【支出】

- ・経費ごとに記入

上記の介護施設等による外国人介護職員とのコミュニケーション促進支援事業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ます。

令和3年〇月〇日

歳入と歳出の額は同額になる

日付、法人名、代表者職氏名は、別記様式第1号の内容が自動入力されるので、ご確認ください。

法人名

社会福祉法人〇〇〇会

代表者職氏名

理事長 東京 太郎

印

印鑑証明書と同じ印