

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）

記入例

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。

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。	/	
13	アセッサー講習受講（予定）者名簿（任意様式） ※アセッサー講習受講に係る経費を申請する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。
※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要件については、セミナー受講時のアンケートの提出をもって要件を満たすことといたします。

ください。
ください。
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

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						
5						
6						
	合 計			※2※2 3		

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

* 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	事業申請数	3
ふりがな	かいご はなこ		
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

内示通知を確認し、同じ金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

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

「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。過年度の実績報告書を御確認の上、記載してください。

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
※I 支給額合計を記載

別記様式1号-3
※II 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

※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。

事業所別職員キャリアパス導入促進事業 手当等経費に係る申請

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。

1 レベル認定者及びアセッサー

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(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			390,000		

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。

上記の研修経費に、アセッサー講習受講料が含まれる場合、こちらに記入ください。

(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。

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

歳入と歳出の額は同額になる

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。

※1 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日等を記載してください。

※2 当該事業所における勤務開始日を記載してください。

※令和4年1月1日より前に交付申請する場合、交付申請後から令和4年1月1日までの間に、本様式に記載のレベル認定者及びアセッサーについて、異動等により当初の勤務状況から変更が生じた際には、必ず、本様式及びその他申請書類について、遺漏なく、**差替え版を再提出**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()	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
			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年度に手当等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。