

# 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

## 記入例

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（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		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。
	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。 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）） ※アセッサー講習受講料を申請した場合は、講習受講料の領収書（写）と、講習修了証（写）を合わせてご提出ください。	✓	
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：令和4年4月7日(木曜日)  
【必着】

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

印

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。						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			

\* 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

(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 ※ 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 **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(1,000,000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)		金額
<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。

事業所別	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ことにより、歳入と歳出の額は同額になる。介護事業費補助金に関する歳入・歳出決算書は原本と相違ないことを証明する。

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

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

交付申請時に申請対象としたレベル認定者及びアセッサーのうち、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)

一致

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

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アップ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



(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)

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 銀行・信用金庫 信用組合・農協	福祉 本店 支店	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。