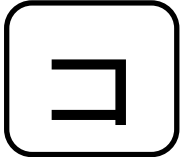


令和7年度介護施設等による外国人介護職員とのコミュニケーション促進支援事業補助金
提出書類一覧（交付申請時）



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。

水色のセルに入力してください。

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

番号	提出書類名	提出時 チェック欄	注意点
1	令和7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7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）		<ul style="list-style-type: none"> 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）		<ul style="list-style-type: none"> 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）		<ul style="list-style-type: none"> 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）		<ul style="list-style-type: none"> 記入ミス、転記ミスはないか。
6	歳入歳出予算書抄本（参考様式1-②）		
7	印鑑証明書（原本）		<ul style="list-style-type: none"> 令和7年4月1日以降に取得したもの 同一法人で複数事業所が申請する場合は、一部は原本で他はコピー可
8	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		<ul style="list-style-type: none"> 交付申請時に参考様式1-①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
9	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		<ul style="list-style-type: none"> 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		<ul style="list-style-type: none"> 該当がある場合のみ提出
10	その他参考となる資料 各事項について確認し、レ点をつけてください。		

※その他必要に応じて、書類の提出を希望する場合があります。

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

※区市町村の実施する補助金において、重複する経費を申請する場合、事業者の負担分が0にならない範囲であれば申請が可能です。（交付要綱 別記 補助条件3）

例：本補助金で6万円の商品を申請。東京都は6万円のうち、2/3（補助率）の4万円を補助。

残りの2万円のうち、1/2の1万円を区市町村の実施する補助金で申請することは可能（残りの2万円全額は不可）。

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、レ点を付けること。
- 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。

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。提出する書類はブルダウンからチェックを選択してください。

別記様式第1号 (コ)

東

・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)

令和7年〇月×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
法人住所	東京都新宿区西新宿〇丁目〇番地

印

令和7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7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

別記様式第1号-2のF欄「申請額」が自動入力されます。

1. 申請額 180,000 円

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	13〇〇〇〇〇〇〇〇	
サービス種別	Q	介護福祉施設サービス

【注意】
 申請する事業所の事業所指定番号を必ずご確認ください。誤っている場合、再度ご提出いただけます。

※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。

書類送付先	住所	〒〇〇〇-×××× 東京都新宿区〇〇
	宛名	社会福祉法人〇〇〇会 総務部 補助金担当
担当	ふりがな	しんじゅく いちろう
	氏名	新宿 一郎
	部署	総務部
	電話番号	03-1234-××××
	メールアドレス	shinijuku@xxx

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 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 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

(注) 1

【C欄 寄附金その他の収入額】

2 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。

ト相当額を

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。

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

【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。

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
介護福祉施設サービス

2. 事業所の状況

(1) 交付申請時点の利用者数

※ 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こと。

100人

(1)交付申請時点の利用者数
施設系:実際の利用者数
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

- ※ 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。

介護職員 50人 事務職員等 10人 合計 60人

(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7年4月1日から令和8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。

在籍中で雇用修了時期が決まっていない場合は「継続」と記載してください。

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(雇用契約書記載の言語) 氏名(カタカナ)	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
Hanoi HoChiMinh ハノイ・ホーチミン	ベトナム	特定技能	令和7年10月1日	令和8年3月31日	6
Sumatera Jawa スマトラ・ジャワ	インドネシア	その他(永住者等)	令和7年4月15日	令和9年6月15日	1

【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
・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7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7年5月	多言語翻訳機の購入又はリース
令和7年4月~5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

※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。

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 (コ)

令和 年 月 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： 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

印

令和7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7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	Hanoi HoChiMin ハノイ・ホーチミン	R7年	4月 4日	から	R8年 3月 31日	まで
2				から	継続	まで
3				から		で
4				から		で
5				から		まで
6				から		まで
7				から		まで
8				から		まで
9				から		まで
10				から		まで

雇用終了時期が決まっていない場合は「継続」とリストから選択してください。

(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7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。
(白色のセルは自動入力)

参考様式1-②(コ)

令和7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
収入・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

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
自己資金	90,000	備品購入費	60,000
		補助金	100,000
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。

歳入と歳出の額は同額になる。

令和7年〇月×日

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。

印鑑証明書と同じ印

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