

計画書(障害福祉従事者処遇改善緊急支援事業)
基本情報入力シート

別紙様式2

●はじめに本シート(基本情報入力シート)の黄色セルに入力することで、申請対象となる事業所等に関する基本的な情報が、各シートに自動的に転記されます。

【重要】

- ①本計画書は、障害者総合支援事業費補助金(障害福祉従事者処遇改善緊急支援事業)又は児童虐待防止対策等総合支援事業費補助金(障害福祉従事者処遇改善緊急支援事業)(以下「補助金」という。)の国の申請様式です。
- ②補助金の実施主体である各都道府県において、別途申請様式が示されている場合もありますので申請書類の作成に当たっては、必ず都道府県のホームページをご確認ください。
- ③補助金の申請事務を都道府県が外部委託している場合もございますので、必ず都道府県のホームページをご確認ください。

- 自動転記の仕組みを活用するため、下記の作業フローに基づき、シートを完成させてください。
- 「提出先の自治体名」を記入すると、別紙2-1から2-2までの「提出先」欄も、自動で更新されます。提出先が正しく記入されていることを必ずご確認ください。



各都道府県ごとに作成し、提出してください。

1 提出先に関する情報

補助金の届出に係る提出先(事業所の所在地の都道府県)を選択してください。

提出先の都道府県名	東京都
-----------	-----

2 基本情報

下表に必要な事項を入力してください。記入内容が各様式に反映されます。

法人名	フリガナ	〇〇サービスギョウシヨ		
	名称	〇〇サービス事業所		
法人住所	〒	100	1234	
	住所1(番地・住居番号まで)	東京都千代田区霞が関1-2-2		
	住所2(建物名等)			
法人代表者	職名	代表取締役		
	氏名	厚労 太郎		
法人番号		1233445566778		
書類作成担当者	フリガナ	コウロウ ハナコ		
	氏名	厚労 花子		
連絡先	電話番号	03-3571-XXXX		
	E-mail	aaa@aaa.aa.jp		

3 計画書の記載内容や補助金の支払に係る情報

<input checked="" type="checkbox"/>	本障害福祉従事者処遇改善緊急支援事業計画書の記載内容及び記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。 (以下のどちらか1つの支給希望時期にチェックを(✓)すること。 令和8年3月末までの支給を希望する場合、事業実施時期に関する項目もチェック(✓)すること。)									
<input checked="" type="checkbox"/>	本補助金について、令和8年3月末までの支給を希望します。 (令和8年3月末までの支給を希望する場合にチェック(✓)) 令和8年3月末までに支給を受けた場合には、令和8年3月末までに賃金改善を実施する必要があることを理解しています。									
<input checked="" type="checkbox"/>	本補助金について、令和8年4月以降の支給を希望します。 (以下どちらか1つにチェック(✓)すること。)									
<input checked="" type="checkbox"/>	【提出先の都道府県において、振込先の事業所が債権譲渡を行っていない場合】 障害福祉従事者処遇改善緊急支援事業の支払に係る各都道府県の国民健康保険団体連合会から都道府県への支払口座情報の提供に同意します。									
<input checked="" type="checkbox"/>	【提出先の都道府県において、振込先の事業所が債権譲渡を行っている場合】 債権譲渡を行っている振込先の事業所について、都道府県に振込口座情報を提供しています。									
令和 8年	4	月	1	日	法人名	〇〇サービス事業所				
					代表者 職名	代表取締役	氏名	厚労 太郎		

【記入上の注意】

- ・各証明資料は、都道府県又は指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。
- ・本表への虚偽記載の他、補助金の請求に関して不正があった場合は、補助金を返還することとなる場合がある。

