

年度浦安市訪問介護等事業所事務職員雇用費補助金 所要額精算書（総括表）

事業者（法人）名	
事業所名1	
事業所名2	
事業所名3	

（単位：円）

【事業所名1】

経費	総事業費	寄付金その他の収入額	差引額 (A) - (B)	対象経費の支出額 (D)	基準額 (E)	補助率 (G)	補助所要額 (H) ① (E) を比較して少ない額に (G) を乗ずる	補助確定額 (F1)
	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(G)	(G) を乗ずる	(F1)
人件費					2,300,000	1/2		

【事業所名2】

経費	総事業費	寄付金その他の収入額	差引額 (A) - (B)	対象経費の支出額 (D)	基準額 (E)	補助率 (G)	補助所要額 (H) ① (E) を比較して少ない額に (G) を乗ずる	補助確定額 (F2)
	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(G)	(G) を乗ずる	(F2)
人件費					2,300,000	1/2		

【事業所名3】

経費	総事業費	寄付金その他の収入額	差引額 (A) - (B)	対象経費の支出額 (D)	基準額 (E)	補助率 (G)	補助所要額 (H) ① (E) を比較して少ない額に (G) を乗ずる	補助確定額 (F3)
	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(G)	(G) を乗ずる	(F3)
人件費					2,300,000	1/2		

事業者（法人） 合計	補助確定額
	(F1+F2+F3)

記入上の注意

- 「寄付金その他の収入額 (B)」は、該当がある場合はその金額を記入してください。
- 「対象経費の支出額 (D)」は、総事業費のうち事業所が負担した額を記入してください。
- 「補助所要額 (H)」は、「対象経費の支出額 (D)」と「基準額 (E)」を比較していずれか少ない額に補助率を乗ずる。
- 「補助確定額 (F)」の合計額に1,000円未満の端数が生じた場合は、端数を切り捨てます。

年度浦安市訪問介護等事業所事務職員雇用費補助金 所要額精算書（個表）

事業者（法人）名	
事業所名	

＜事務職員に係る所要額＞

事務職員氏名	雇用形態	兼務状況
月平均 所定労働時間	時間	事務職を兼務する事業所名
		兼務する役員の役職名

雇用期間	補助対象期間
自 至	自 至

※事務職員に専ら従事していない者は対象外
（ただし、補助対象事業者が運営する他の補助対象事業所の事務職員または事業者の役員の兼務は対象）

【人件費】

(円)

事務職員への 給与等(※)	A	
社会保険料の雇用主負担分	B	
合計	C=A+B	

※当該事務職員へ実際に支給する額。給料、報酬、賃金、賞与及び手当を含む。
ただし、所定労働時間を超える労働に対する賃金や手当等（残業代等）は除く。

年度浦安市訪問介護等事業所事務職員雇用費補助金 所要額精算書（個表）

事業者（法人）名	
事業所名	

＜事務職員に係る所要額＞

事務職員氏名	雇用形態	兼務状況
月平均 所定労働時間	時間	事務職を兼務する事業所名
		兼務する役員の役職名

雇用期間	補助対象期間
自 至	自 至

※事務職員に専ら従事していない者は対象外
（ただし、補助対象事業者が運営する他の補助対象事業所の事務職員または事業者の役員の兼務は対象）

【人件費】

(円)

事務職員への 給与等(※)	A	
社会保険料の雇用主負担分	B	
合計	C=A+B	

※当該事務職員へ実際に支給する額。給料、報酬、賃金、賞与及び手当を含む。
ただし、所定労働時間を超える労働に対する賃金や手当等（残業代等）は除く。

年度浦安市訪問介護等事業所事務職員雇用費補助金 所要額精算書（個表）

事業者（法人）名	
事業所名	

<事務職員に係る所要額>

事務職員氏名	雇用形態	兼務状況
月平均 所定労働時間	時間	事務職を兼務する事業所名 兼務する役員の役職名

雇用期間	補助対象期間
自 至	自 至

※事務職員に専ら従事していない者は対象外
（ただし、補助対象事業者が運営する他の補助対象事業所の事務職員または事業者の役員の兼務は対象）

【人件費】 (円)

事務職員への 給与等(※)	A	
社会保険料の雇用主負担分	B	
合計	C=A+B	

※当該事務職員へ実際に支給する額。給料、報酬、賃金、賞与及び手当を含む。
ただし、所定労働時間を超える労働に対する賃金や手当等（残業代等）は除く。

年度年度浦安市訪問介護等事業所事務職員雇用費補助金に関する
収支決算書

(単位：円)

収入		支出	
科目	金額	科目	金額
浦安市補助金		補助対象事務職員 人件費	
事業者負担分		上記以外の事務職員 人件費	
合計		合計	
歳入歳出差引額		円	

上記の 年度年度浦安市訪問介護等事業所事務職員雇用費補助金に関する収支決算書は原本と相違ないことを証明します。

年 月 日

法人名

代表者職・氏名

事業実績報告書

1 事業所の名称、所在地、管理者、事業所番号等

名称			
所在地			
管理者氏名		事業所番号	
指定年月日 (予定含む)	年 月 日	訪問介護職員、訪問看護職員又は介護支援専門員の人数	人 (年 月 日現在)
利用者数	人 (年 月 日現在)		

2 事務職員の雇用による効果についてのアンケート

(1) 下記のうち最もあてはまるものを選択してください。

事務職員の雇用は訪問介護職員、訪問看護職員又は介護支援専門員の本来業務の生産性向上等に、 ↓に選んだ数字を記入してください。

- 1 全く効果がなかった 2 あまり効果がなかった 3 どちらともいえない
4 やや効果があった 5 非常に効果があった

(2) 事務職員の雇用後、訪問介護職員、訪問看護職員又は介護支援専門員の事務負担がひと月あたりどの程度の時間軽減されたのか具体的に記載してください。

記載例) 事務職員の雇用により介護支援専門員の事務負担がひと月あたり約20時間(1日1時間×20日)軽減された。

(3) (2) 以外で、事務職員を配置した後の効果や変化があれば、**具体的に**記載してください。

(4-1) 今後も事務職員の雇用を続けますか？

- 1 続ける 2 補助金が出るのであれば続ける 3 続けない 4 その他

(4-2) 上記質問で「3 続けない」または「4 その他」を選んだ場合のみ理由を記載してください。

事業実績報告書

1 事業所の名称、所在地、管理者、事業所番号等

名称			
所在地			
管理者氏名		事業所番号	
指定年月日 (予定含む)	年 月 日	訪問介護職員、訪問看護職員又は介護支援専門員の人数	人 (年 月 日現在)
利用者数	人 (年 月 日現在)		

2 事務職員の雇用による効果についてのアンケート

(1) 下記のうち最もあてはまるものを選択してください。

事務職員の雇用は訪問介護職員、訪問看護職員又は介護支援専門員の本来業務の生産性向上等に、

↓に選んだ数字を記入してください。

- 1 全く効果がなかった 2 あまり効果がなかった 3 どちらともいえない
4 やや効果があった 5 非常に効果があった

(2) 事務職員の雇用後、訪問介護職員、訪問看護職員又は介護支援専門員の事務負担がひと月あたりどの程度の時間軽減されたのか具体的に記載してください。

記載例) 事務職員の雇用により介護支援専門員の事務負担がひと月あたり約20時間(1日1時間×20日)軽減された。

(3) (2) 以外で、事務職員を配置した後の効果や変化があれば、**具体的に**記載してください。

(4-1) 今後も事務職員の雇用を続けますか？

- 1 続ける 2 補助金が出るのであれば続ける 3 続けない 4 その他

(4-2) 上記質問で「3 続けない」または「4 その他」を選んだ場合のみ理由を記載してください。

事業実績報告書

1 事業所の名称、所在地、管理者、事業所番号等

名称			
所在地			
管理者氏名		事業所番号	
指定年月日 (予定含む)	年 月 日	訪問介護職員、訪問看護職員又は介護支援専門員の人数	人 (年 月 日現在)
利用者数	人 (年 月 日現在)		

2 事務職員の雇用による効果についてのアンケート

(1) 下記のうち最もあてはまるものを選択してください。

事務職員の雇用は訪問介護職員、訪問看護職員又は介護支援専門員の本来業務の生産性向上等に、 ↓に選んだ数字を記入してください。

- 1 全く効果がなかった 2 あまり効果がなかった 3 どちらともいえない
4 やや効果があった 5 非常に効果があった

(2) 事務職員の雇用後、訪問介護職員、訪問看護職員又は介護支援専門員の事務負担がひと月あたりどの程度の時間軽減されたのか具体的に記載してください。

記載例) 事務職員の雇用により介護支援専門員の事務負担がひと月あたり約20時間(1日1時間×20日)軽減された。

(3) (2) 以外で、事務職員を配置した後の効果や変化があれば、**具体的に**記載してください。

(4-1) 今後も事務職員の雇用を続けますか？

- 1 続ける 2 補助金が出るのであれば続ける 3 続けない 4 その他

(4-2) 上記質問で「3 続けない」または「4 その他」を選んだ場合のみ理由を記載してください。