

訪問介護等サービス提供体制確保支援事業補助金申請様式入力順序

順番	シート名	様式名	内容	備考
1	入力用シート	-	法人情報や事業所情報等を記載してください。	
2	計画 1 ～10	事業計画書	各事業所ごとの事業計画を記載してください。	各事業所ごとシートを作成してください。 入力用シートで記載した番号順に計画 1、計画 2・・・に入力してください。
3	第 2 号	経費所要額調書	寄付金その他収入額の記入	該当がある場合に記載してください。
4	第 1 号 予算 1 ～10 口座登録申出書	補助金交付申請書 収支予算書 口座登録申出書	入力不要です。印刷して保管してください。	予算 1 ～10についても 2 同様に入力シートで記載した番号順に予算 1、予算 2・・・のシートに作成されています。
5	チェックリスト	-	(別のファイル) 各項目について再度確認し、チェックをお願いいたします。	

シート名「入力用シート」

①法人情報

情報申請	書類番号（任意）	高生第●●号			←法人で必要な場合に記載してください。	
	申請日	令和8年9月30日				
法人情報	法人名	医療法人鹿児島県			←法人情報を記載してください。	
	法人郵便番号(-不要)	8900064				
	法人住所（自動）	鹿児島県鹿児島市鴨池新町				←自動計算で表示されない場合は法人住所（続き）に県名から記載してください。
	法人住所（続き）	10-1				
	法人代表者 職名	理事長				
担当者	法人代表者 氏名	薩摩 花子			←フルネームで記載をし、性と名は全角 1 文字空けてください。	
	担当部署	総務部				
	担当者	薩摩 次郎				
	電話番号,FAX	099-999-9997	099-999-9998			
情報口座	メールアドレス	uketuke-jigyo@pref.kagoshima.lg.jp				
	銀行コード,支店コード	0185	090	鹿児島銀行県庁支店	←銀行名等については令和8年4月1日時点のデータで入力されます。誤り等ありましたら本シート下部の備考欄に記載してください。	
	口座種別	普通預金				
	口座番号	0000000			通帳の名義の中に法人名の記載があるものを記載してください。	
	口座名義(ｶ)	ｲｶｺｼﾏｹﾝ			←通帳の記載を確認し、誤りがないように記載してください。	

②事業を実施する事業所情報

NO.	計画NO.	計画NO.	事業所名	介護保険事業所番号	サービス種別	郵便番号 (-不要)	住所（自動入力）	住所（続きを記入してください。）	中山間 離島	電話番号	担当部署	担当者名	メールアドレス
1	計画1	予算1	訪問介護●●	1234567890	訪問介護	8900064	鹿児島県鹿児島市鴨池新町	10-1	該当しない	099-999-9999	総務部	薩摩 太郎	uketuke-jigyo@pref.kagoshima.lg.jp
2	計画2	予算2	訪問介護△△	1234567891	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	8910203	鹿児島県鹿児島市喜入町	9999-9999	該当する	099-999-9997	総務部	薩摩 次郎	k-jigyo@pref.kagoshima.lg.jp
3	計画3	予算3											
4	計画4	予算4											
5	計画5	予算5											
6	計画6	予算6											
7	計画7	予算7											
8	計画8	予算8											
9	計画9	予算9											
10	計画10	予算10											

記載の手順

- 1) 本シートの①法人情報及び、②事業を実施する事業所の情報を記載してください。
- 2) 各事業所の計画を第3号様式に記載してください。
- 3) チェックリストを確認し記載漏れがないか確認してください。

記載上の注意事項

- 1) 色のついたシート以外は自動計算で入力される様式ですので修正等しないでください。
- 2) 各様式において、色のついてセル以外は入力しないでください。
- 3) 中山間・離島等地域については別添資料「訪問介護等サービス提供体制確保支援事業における中山間地域等・離島等地域」を確認してください。

備考欄

書類の郵送先はNO2の訪問介護事業所△△、総務部、薩摩次郎宛に郵送願います。

事業所の情報を記載してください。

伝えたい事項がある場合に記載してください。

シート名「計画1」

（変更）事業計画書

1 対象事業所

法人の名称	医療法人鹿児島県	事業所の所在地	〒 8900064 鹿児島県鹿児島市鴨池新町10-1			
事業所の名称	訪問介護●●		中山間地域等・離島等地域	該当する	●	該当しない
介護保険事業所番号	1234567890	連絡先	担当者	薩摩 太郎	電話番号	099-999-9999
サービス種別	訪問介護		メール	uketuke-jigyo@pref.kagoshima.lg.jp		

2 事業内容

事業内容													
事業（予定）実施期間（始期）			令和8年4月1日				青いセルを入力してください。						
事業（予定）実施期間（終期）			令和9年1月31日										
No	経験年数が短いホームヘルパー等			同行職員（予定）		同行回数（予定）（A）			補助単価（B）		補助基準額（C=A×B）		
	氏名		経験年数	氏名	従事期間	30分未満	30分以上	計	30分未満	30分以上	30分未満	30分以上	計
1	鹿児島 太郎	0 年 0 月	鹿児島 三郎	3 年	5 回	10 回	15 回	2,500 円	4,000 円	12,500 円	40,000 円	52,500 円	
2	鹿児島 次郎	2 年 0 月	鹿児島 四郎	4 年	5 回	20 回	25 回	2,500 円	4,000 円	12,500 円	80,000 円	92,500 円	
3		年 月		年	回	回	0 回	円	円	円	円	0 円	
4		年 月		年	回	回	0 回	円	円	円	円	0 円	
5		年 月		年	回	回	0 回	円	円	円	円	0 円	
6		年 月		年	回	回	0 回	円	円	円	円	0 円	
7		年 月		年	回	回	0 回	円	円	円	円	0 円	
8		年 月		年	回	回	0 回	円	円	円	円	0 円	
9		年 月		年	回	回	0 回	円	円	円	円	0 円	
10		年 月		年	回	回	0 回	円	円	円	円	0 円	
合計					10 回	30 回	40 回	5,000 円	8,000 円	25,000 円	120,000 円	145,000 円	
								1事業所あたりの補助上限額			300,000 円		
								補助基準額			145,000 円		
備考（経験年数 1 年以上の職員を対象とする際の理由等を記載）													
鹿児島 次郎は採用後事務訪問介護職員として 2 年間働いていたが、その後事務に 3 年間従事し、令和 8 年 4 月 1 日に再度訪問介護員として従事することとなった。訪問介護を 1 年以上離れており、再度経験を積むため、同行支援を行う。													

注1）補助単価

①中山間地域等・離島等地域に事業所が所在する場合

30分未満の同行支援 1 回につき3,500円

30分以上の同行支援 1 回につき5,000円

②中山間地域等・離島等地域以外に事業所が所在する場合

30分未満の同行支援 1 回につき2,500円

30分以上の同行支援 1 回につき4,000円

注2）経験年数の短いホームヘルパー等 1 人につき30回まで

注3）色つきのセルに入力すること。

シート名「計画2」

（変更）事業計画書

1 対象事業所

法人の名称	医療法人鹿児島県	事業所の所在地	〒 8910203 鹿児島県鹿児島市喜入町9999-9999				
事業所の名称	訪問介護△△		中山間地域等・離島等地域		●	該当する	該当しない
介護保険事業所番号	1234567891	連絡先	担当者	薩摩 次郎	電話番号	099-999-9997	
サービス種別	定期巡回・随時対応型訪問介護		メール	k-jigyo@pref.kagoshima.lg.jp			

2 事業内容

事業内容														青いセルを入力してください。		
事業（予定）実施期間（始期）			令和8年6月1日													
事業（予定）実施期間（終期）			令和9年1月31日													
No	経験年数が短いホームヘルパー等			同行職員（予定）		同行回数（予定）（A）			補助単価（B）		補助基準額（C=A×B）					
	氏名		経験年数	氏名	従事期間	30分未満	30分以上	計	30分未満	30分以上	30分未満	30分以上	計			
1	桜島 太郎	0 年 0 月	桜島 四郎	3 年	10 回	20 回	30 回	3,500 円	5,000 円	35,000 円	100,000 円	135,000 円				
2	桜島 次郎	0 年 0 月	桜島 花子	3 年	20 回	10 回	30 回	2,500 円	4,000 円	50,000 円	40,000 円	90,000 円				
3	桜島 三郎	0 年 6 月	桜島 梅子	4 年	0 回	30 回	30 回	2,500 円	4,000 円	0 円	120,000 円	120,000 円				
4		年 月		年	回	回	0 回	円	円	円	円	0 円				
5		年 月		年	回	回	0 回	円	円	円	円	0 円				
6		年 月		年	回	回	0 回	円	円	円	円	0 円				
7		年 月		年	回	回	0 回	円	円	円	円	0 円				
8		年 月		年	回	回	0 回	円	円	円	円	0 円				
9		年 月		年	回	回	0 回	円	円	円	円	0 円				
10		年 月		年	回	回	0 回	円	円	円	円	0 円				
合計					30 回	60 回	90 回	8,500 円	13,000 円	85,000 円	260,000 円	345,000 円				
									1事業所あたりの補助上限額		300,000 円					
									補助基準額		300,000 円					
備考（経験年数 1 年以上の職員を対象とする際の理由等を記載）																

注1）補助単価

①中山間地域等・離島等地域に事業所が所在する場合

30分未満の同行支援 1 回につき3,500円

30分以上の同行支援 1 回につき5,000円

②中山間地域等・離島等地域以外に事業所が所在する場合

30分未満の同行支援 1 回につき2,500円

30分以上の同行支援 1 回につき4,000円

注2）経験年数の短いホームヘルパー等 1 人につき30回まで

注3）色つきのセルに入力すること。

第2号様式（第4条及び第7条関係）

シート名「第2号」

（変更）経費所要額調書

（訪問介護等サービス提供体制確保支援事業）

（法人名：医療法人鹿児島県）

（円）

介護事業所等名	総事業費 (A)	寄付金 その他 収入額 (B)	対象経費の 支出予定額 (C) = (A) - (B)	基準額 (D)	選定額 (E)	補助金所要額 (F)	事業者負担額 (G) = (C) - (F)	備考
訪問介護●●	145,000	0	145,000	145,000	145,000	145,000	0	
訪問介護△△	345,000	0	345,000	300,000	300,000	300,000	45,000	
合計	490,000	0	490,000	445,000	445,000	445,000	45,000	

該当あれば記載

* 水色のセルのみ入力してください。（無色セルは自動計算）

* 基準額(D)は1事業所あたり300千円とする。

* 選定額(E)欄には(C)、(D)欄のいずれか少ない方の額を記入すること。（Excel活用の場合は自動計算）

* 補助金所要額(F)欄の小計には、選定額(E)欄のうち、1,000円未満の端数を切り捨てた額を記入すること。（Excel活用の場合は自動計算）

第4号様式（第4条関係）

シート名「予算1」

収 支 予 算 書

県事業名（訪問介護等サービス提供体制確保支援事業）

事業者名（事業所名等）（訪問介護●●）

1 収入（単位：円）

区 分	予 算 額	前年度予算額	増 減 額	備 考
県補助金	145,000	0	145,000	
自己負担金	0	0	0	
そ の 他	0	0	0	
計	145,000	0	145,000	

2 支出（単位：円）

区 分	予 算 額	前年度予算額	増 減 額	備 考
経験年数が短い ホームヘルパー等 への同行に要する 経費	145,000		145,000	
計	145,000	0	145,000	

3 経費配分明細

(単位：円)

区 分	経 費 区 分	予 算 額	積 算 内 訳
経験年数が短い ホームヘルパー等 への同行に要する 経費	人件費等	145,000	鹿児島 太郎同行分 52,500円
			鹿児島 次郎同行分 92,500円
計		145,000	

第4号様式（第4条関係）

シート名「予算2」

収 支 予 算 書

県事業名（訪問介護等サービス提供体制確保支援事業）

事業者名（事業所名等）（訪問介護△△）

1 収入（単位：円）

区 分	予 算 額	前年度予算額	増 減 額	備 考
県補助金	300,000	0	300,000	
自己負担金	45,000	0	45,000	
そ の 他	0	0	0	
計	345,000	0	345,000	

2 支出（単位：円）

区 分	予 算 額	前年度予算額	増 減 額	備 考
経験年数が短い ホームヘルパー等 への同行に要する 経費	345,000		345,000	
計	345,000	0	345,000	

3 経費配分明細

(単位：円)

区 分	経 費 区 分	予 算 額	積 算 内 訳
経験年数が短い ホームヘルパー等 への同行に要する 経費	人件費等	345,000	桜島 太郎同行分 135,000円
			桜島 次郎同行分 90,000円
			桜島 三郎同行分 120,000円
計		345,000	

振込口座登録申出書

シート名「口座登録申出書」

令和8年9月30日	
鹿児島県知事 殿	
	〒 890-0064
	住所 鹿児島県鹿児島市鴨池新町10-1
	法人名称 医療法人鹿児島県
	代表者職・氏名 理事長 薩摩 花子

1	金融機関名	鹿児島銀行 県庁支店	金融機関コード	支店コード
			0185	090
	預金種別	● 普通預金 当座預金 ※貯蓄預金は不可	口座番号	
			0000000	
	口座名義人 (カタカナで記入)	イ)カゴシマケン		

- ※ 本申請書を提出する際は、口座名義等が確認できる部分の通帳の写しを添付してください。
- ※ やむを得ず預金口座を変更・取消する場合は、あらかじめ県の担当者に相談してください。
- ※ 支払先として指定できる金融機関について
振替先の指定は県内、県外を問わずできますが、外国銀行及び漁業協同組合の一部はできません。
- ※ この預金口座は、補助金の支払いが完了するまで解約しないでください。

連絡欄

担当者連絡先（全て入力してください）

担当者名	薩摩 次郎
TEL	099-999-9997
FAX	099-999-9998
E-mail	uketuke-jigyo@pref.kagoshima.lg.jp

別ファイル「チェックリスト」

訪問介護等サービス提供体制確保支援事業チェックリスト兼誓約事項

法人名： 医療法人鹿児島県

チェック項目		チェック欄
1.入力用シート		
①法人情報		
申請情報	申請日を記入してある。	✓
法人情報		
	各項目において事業所情報ではなく 法人の情報 が記載されており、記入漏れがない。	✓
	代表者氏名の姓名の間に全角 1 マスあいている。	✓
担当者		
	各項目において記入漏れがない。	✓
	電話番号は法人のものである。	✓
口座情報		
	銀行と支店名が正しく表示されている。	✓
	口座名義の中に法人名が記載されている。	
	NG:●●ジギヨウ	✓
	OK:社会福祉法人〇〇 ●●ジギヨウ	
②事業を実施する事業所情報		
各項目		
	事業を実施する（した）事業所について各項目の記載漏れがない。	✓
	中山間・離島地域に該当するか否かは別添資料を確認し記載した。	✓
	各セル、行、列の削除を行っていない。	✓
2.第3号様式		
全般		
2 事業内容	入力シートに記載した事業所は各事業所ごと様式を作成した。	✓
	経験年数が短いホームヘルパー等の経験年数は1年未満になっている。なっていない場合、補助の対象とする理由を備考欄に記載している。	✓
	同行予定者は経験年数が3年以上となっている。	✓
	同行回数は経験年数が短いホームヘルパー等1人あたり30回以内となっている。	✓
3.その他確認事項		
提出方法		
	提出の際は、同一法人1回のみの申請であることを踏まえ、法人単位でとりまとめて申請をしている。	✓
控え等		
	自動計算された各様式（1,2,4）を含め、各様式を印刷し、保管してある。	✓
	今後作成者が長期間不在になった場合でも、代わりの職員が県からの問い合わせに対応できるようになっている。	✓
誓約事項		
	当該申請に係る部分において、国、市町村等の補助金、交付金等を受け取っていない。	✓
	各記載項目について、虚偽はない。	✓