



神奈川県地域のケアマネジメント提供体制確保支援 事業費補助金について ～交付申請編～

神奈川県福祉子どもみらい局地域福祉課

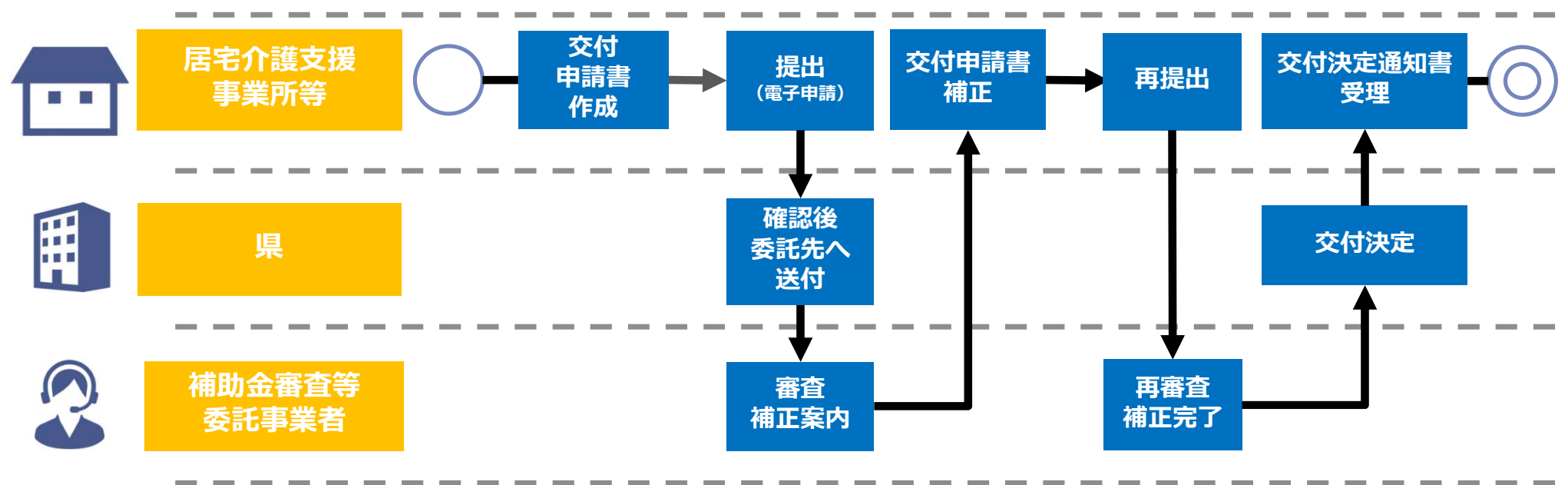
1 事業概要

- 本補助金では、居宅介護支援事業所等が行う**介護支援専門員の人材確保体制の構築や業務負担軽減のための取組**及び**事業所の経営改善に向けた取組**を支援します。
- 補助対象期間は**令和8年4月1日から令和9年1月31日**までです。なお、**交付決定前に全ての事業が完了している場合は補助の対象とはなりません。**
- 交付申請額が**予算額に達し次第、交付申請書の受付を終了します。**

スケジュール	申請期間	令和8年8月14日（金）～令和8年12月28日（月）
	実績報告	事業完了日から1か月以内または 令和9年2月12日のいずれか早い日までに提出してください。
	補助金の交付	実績報告確認後、令和9年3月末までに交付します。
	申請方法	県ホームページから電子申請してください。

1 事業概要

本事業の流れ（交付決定まで）



実績報告も同様の流れとなります

（「交付申請」を「実績報告」、「交付決定」を「額の確定」、「交付決定通知書」を「補助金」と読み替えてください。）

2 補助対象事業所

① 介護支援専門員人材確保支援事業

介護保険法に基づき指定された、県内に所在する、

居宅介護支援事業所、介護予防支援事業所、特定施設入居者生活介護事業所、介護予防特定施設入居者生活介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、介護予防小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、介護予防認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護予防ケアマネジメント事業所

② 介護支援専門員業務負担軽減支援事業

③ 居宅介護支援事業所等経営改善支援事業

介護保険法に基づき指定された、県内に所在する、

居宅介護支援事業所、介護予防支援事業所、介護予防ケアマネジメント事業所

3 補助対象事業・補助基準額等

補助対象事業		補助基準額	補助対象経費
① 介護支援専門員人材確保支援事業	中山間地域等における採用活動の支援	1 事業所あたり30万円	事業の実施に必要な経費（報酬、給料、職員手当等、共済費、賃金、報償費、旅費、需用費、役務費、委託料、使用料及び賃借料、備品購入費、負担金、補助金及び交付金）として知事が認める経費
② 介護支援専門員業務負担軽減支援事業	事業所内のタスクシフト支援	1 事業所あたり40万円	
	介護支援専門員同行訪問支援	30 分未満の同行訪問 1 回につき2,500 円 30 分以上の同行訪問 1 回につき4,000 円 ●事業所が中山間地域等に所在する場合は、 30分未満の同行訪問 1 回につき3,500円 30分以上の同行訪問 1 回につき5,000円	
	介護支援専門員安全確保対策支援	1 事業所あたり10万円	

補助率は全ての事業において **10/10** となります。

3 補助対象事業・補助基準額等

補助対象事業		補助基準額	補助対象経費
③ 居宅介護支援事業所等 経営改善支援事業	経営改善の支援	1 事業所あたり40万円	事業の実施に必要な経費（報酬、給料、職員手当等、共済費、賃金、報償費、旅費、需用費、役務費、委託料、使用料及び賃借料、備品購入費、負担金、補助金及び交付金）として知事が認める経費
	利用者確保等のための 広報活動に関する支援	1事業所あたり30万円	

補助率は全ての事業において 10/10 となります。

3 補助対象事業・補助基準額等

① 介護支援専門員人材確保支援事業

中山間地域等における採用活動の支援

● 補助対象経費

中山間地域等に所在する事業所が、当該地域外の求職者に対して採用活動を実施する場合に、地理的条件等により発生するかかり増し経費。

【対象経費の例】

- ・ 中山間地域等に所在する事業所が、都市部等で実施される合同説明会や就職フェアなどに出展する場合の移動にかかる経費。

● 補助基準額

1 事業所あたり 30 万円

● 申請書の記載方法

スライド 18 ページ参照

中山間地域等とは
相模原市緑区（旧津久井町、旧藤野町）
南足柄市（内山及び矢倉沢）
大井町（赤田、高尾、柳及び篠窪）
松田町、山北町、真鶴町、湯河原町、清川村

3 補助対象事業・補助基準額等

② 介護支援専門員業務負担軽減支援事業

事業所内のタスクシフト支援

● 補助対象経費

事業所内において、事務的な業務のタスクシフトを促進するため、事務職員の採用活動（介護支援専門員の経験を有する者の活用を含む。）や研修にかかる経費。

【対象経費の例】

- ・タスクシフトを促進するために、合同説明会や就職フェアなどに出展する場合の経費。
- ・タスクシフトを促進するために、事業所が行う研修にかかる経費及び外部研修の受講にかかる経費。

● 補助基準額

1 事業所あたり 40 万円

● 申請書の記載方法

スライド 19 ページ参照

3 補助対象事業・補助基準額等

② 介護支援専門員業務負担軽減支援事業

介護支援専門員同行訪問支援

- 補助対象経費

介護支援専門員の安全確保のため、利用者宅に複数名で訪問する場合のかかり増し経費。
(安全確保対策が必要な場合に申請可能)

- 補助基準額

30分未満の同行訪問 1 回につき 2, 500 円
30分以上の同行訪問 1 回につき 4, 000 円

事業所が中山間地域等に所在する場合は、
30分未満の同行訪問 1 回につき 3, 500 円
30分以上の同行訪問 1 回につき 5, 000 円

- 申請書の記載方法

スライド 20 ページ参照

中山間地域等とは
相模原市緑区（旧津久井町、旧藤野町）
南足柄市（内山及び矢倉沢）
大井町（赤田、高尾、柳及び篠窪）
松田町、山北町、真鶴町、湯河原町、清川村

3 補助対象事業・補助基準額等

② 介護支援専門員業務負担軽減支援事業

介護支援専門員安全確保対策支援

- 補助対象経費

介護支援専門員の安全確保のための防犯対策用品の購入にかかる経費。
(安全確保対策が必要な場合に申請可能)

【対象経費の例】

・ 録音装置、防刃チョッキ、防犯ブザー等の購入費用。

- 補助基準額

1 事業所あたり 1 0 万円

- 申請書の記載方法

スライド 2 0 ページ参照

3 補助対象事業・補助基準額等

③ 居宅介護支援事業所等経営改善支援事業

経営改善の支援

● 補助対象経費

事業所の経営基盤の強化や大規模化・協働化等による経営状況の改善、各種加算の新規取得支援、介護支援専門員が長く働き続けられる勤務環境の整備等を目的とした専門家（コンサルタント事業者や社会保険労務士等）への委託や事務作業を行う臨時職員を雇用するための経費。

【対象経費の例】

- ・ 経営改善のためにコンサルタント事業者へ支払った委託料。
- ・ 各種加算の新規取得を実施するために雇用した臨時職員にかかる賃金等。

● 補助基準額

1 事業所あたり 40 万円

● 申請書の記載方法

スライド 21 ページ参照

3 補助対象事業・補助基準額等

③ 居宅介護支援事業所等経営改善支援事業

利用者確保等のための広報活動に関する支援

- 補助対象経費

事業所が、利用者や介護支援専門員等の職員確保のために行うホームページの開設・改修にかかる経費や広報宣材（リーフレット、チラシ等）の作成・印刷等の広報に要する経費。

- 補助基準額

1 事業所あたり 30 万円

- 申請書の記載方法

スライド 22 ページ参照

3 補助対象事業・補助基準額等

補助対象外となるもの

- × 消費税及び地方消費税 ⇒ 全て「税抜き」で申請してください。
- × 補助対象経費以外の経費と混同して支払が行われており、補助対象経費との支払の区分が難しいもの
- × 他の助成を受けている取組内容

注意

令和8年4月1日から令和9年1月31日までに支払い及び納品が完了している経費のみが補助の対象です。支払いや納品が令和9年2月以降のものは補助対象外になりますのでご注意ください。

3 補助対象事業・補助基準額等

補助基準額と補助率

補助基準額：補助金で支給される最大の金額（上限額）

補助率：補助対象経費に対して補助金で手当てされる割合 ※本事業の補助率は全て10/10です。

補助所要額（H）の算出方法

本補助金の補助率は10/10であるため、対象経費の支出予定額（D）と補助基準額（E）を比較して、低い方の額が補助所要額となります。

【例の1】対象経費の支出予定額（D）が40万円、補助基準額（E）が30万円の場合

40万円＞30万円 ⇒ 補助所要額（H）（交付申請額）は30万円

（円）

総事業費 (A)	寄付金その他の 収入額 (B)	差引額 (A-B=C)	対象経費の支 出予定額 (D)	基準額 (E)	選定額 (F)	補助基本額 (G)	補助所要額 (H)	既交付決定額 (I)	差引補助金 所要額 (J)
400,000	0	400,000	400,000	300,000	300,000	300,000	300,000	0	300,000

事業に係る経費の総額

DにはCの額を記載

DとEを比較して低い額

補助率10/10を乗じる

※ GにはFの額を記載。G、Hに千円未満の端数が生じた場合は切り捨て

3 補助対象事業・補助基準額等

【例の2】対象経費の支出予定額（D）が25万円、補助基準額（E）が30万円の場合
 25万円＜30万円 ⇒ 補助所要額（H）（交付申請額）は25万円

(円)

総事業費 (A)	寄付金その他の 収入額 (B)	差引額 (A-B=C)	対象経費の支 出予定額 (D)	基準額 (E)	選定額 (F)	補助基本額 (G)	補助所要額 (H)	既交付決定額 (I)	差引補助金 所要額 (J)
250,000	0	250,000	250,000	300,000	250,000	250,000	250,000	0	250,000

事業に係る経費の総額
 DにはCの額を記載
 DとEを比較して低い額
 補助率10/10を乗じる

※ GにはFの額を記載。G、Hに千円未満の端数が生じた場合は切り捨て

4 交付申請書類の作成

交付申請における提出書類一覧

①	交付申請書（第 1 号様式）	④	補助事業に係る収支予算書の抄本
②	役員等氏名一覧表（第 1 号様式 付表）	⑤	補助金振込先口座申出書
③-1	事業別計画書（第 2 号様式の 1） 中山間地域等における採用活動の支援	⑥	事業計画確認票（別紙様式 1）
③-2	事業別計画書（第 2 号様式の 2） 事業所内のタスクシフト支援	⑦	誓約事項チェック表・交付申請書類一覧
③-3	事業別計画書（第 2 号様式の 3） ア 介護支援専門員同行訪問支援 イ 介護支援専門員安全確保対策支援		
③-4	事業別計画書（第 2 号様式の 4） 経営改善の支援		
③-5	事業別計画書（第 2 号様式の 5） 利用者確保等のための広報活動に関する支援		

4 交付申請書類の作成

1 Excelシート「基本情報入力シート」の作成

神奈川県地域のケアマネジメント提供体制確保支援事業費補助金 基本情報入力シート			
1 申請日	令和	8	年 8 月 25 日
令和8年8月25日			
2 申請者			
(1)法人(団体)名	社会福祉法人かながわ		
法人(団体)カナ	シャカイフクシホウジンカナガワ		
(2)郵便番号	231-8588		
(3)住所	横浜市中区日本大通1		
住所カナ	ヨコハマシナカクニホンオドオリ		
(4)代表者役職	代表取締役		
代表者役職カナ	ダイヒョウトリシマリヤク		
(5)代表者氏名	姓	神奈川	名 太郎
代表者氏名カナ	姓	カナガワ	名 タロウ
3 申請事業所			
(1)事業所名	かながわ居宅介護支援事業所		
(2)住所	横浜市中区日本大通1 東庁舎2階		
(3)事業所番号	149999999		
(4)サービス種別	☒ 居宅介護支援事業所 ☐ 介護予防支援事業所 ☐ 介護予防ケアマネジメント事業所 ☐ 上記以外 選択:		
(5)中山間等地域	☒ 中山間地域等に所在している		
4 責任者			
(1)担当者兼務	☐ 担当者を兼ねる		
(2)職	施設長		
(3)氏名	姓	神奈川	名 次郎
(4)電話番号	045-210-1111		
(5)メールアドレス	fk-jinzai@pref.kanagawa.lg.jp		
5 担当者			
(1)責任者兼務	☐ 責任者を兼ねる		
(2)職	介護長		
(3)氏名	姓	神奈川	名 三郎
(4)電話番号	045-210-4755		
(5)メールアドレス	fk-jinzai@pref.kanagawa.lg.jp		

作成のポイント

- 様式は法人単位ではなく、対象事業所ごとに作成してください。
- 黄色セルに入力してください。
- 本シートに入力いただいた情報が他のシートに反映されます。

- ① 申請日を入力してください。
- ② 本補助金の申請者情報を入力してください。
- ③ 本補助金の対象となる事業所の情報を入力してください。
- ④ 本補助金申請の責任者の情報を入力してください。
責任者が担当者を兼ねる場合は「(1)担当者兼務」欄に「○」をしてください。
- ⑤ 本補助金申請に係る担当者情報を入力してください。

4 交付申請書類の作成

2 役員等氏名一覧表（第1号様式 付表）の作成

役員等氏名一覧表													令和8年8月30日現在	
役職名	氏 名			氏名のカナ		生年月日 (大正T、昭和S、平成H)				性別 (男・女)	住 所			
						元号	年	月	日					
① 代表取締役	姓	神奈川	名	太郎	姓	カナガワ	名	タロウ	S	50	1	1	m	横浜市中区日本大通 1
② 役員	姓	神奈川	名	四郎	姓	カナガワ	名	シロウ	H	2	2	2	m	横浜市中区日本大通 1 東庁舎 2 階
	姓		名		姓		名							
	姓		名		姓		名							
	姓		名		姓		名							
	姓		名		姓		名							
	姓		名		姓		名							
	姓		名		姓		名							
	姓		名		姓		名							
	姓		名		姓		名							
	姓		名		姓		名							
	姓		名		姓		名							
	姓		名		姓		名							
	姓		名		姓		名							
	姓		名		姓		名							
	姓		名		姓		名							
	姓		名		姓		名							

記載された全ての者は、代表者または役員に暴力団員がいないことを確認するため、本様式に記載された情報を神奈川県警察本部に照会することについて、同意しております。

団 体 名
 代表者氏名

社会福祉法人かながわ
 代表取締役 神奈川 太郎

注 (1) 補助事業者が個人の場合、申請者について記載
 (2) 補助事業者が法人の場合、代表者およびすべての役員について記載
 (3) 補助事業者が法人格を持たない団体の場合、当該団体の代表者について記載

作成のポイント

- 黄色セルに入力してください。グレーのセルには「基本情報入力シート」に入力いただいた情報が自動で反映されます。
- ① 「基本情報入力シート」に入力した「代表者役職」及び「代表者氏名」が、グレーのセルに反映されますので、「氏名のカナ」「生年月日」「性別」「住所」の情報を追記してください。
 - ② 代表者及び全ての役員について入力してください。

4 交付申請書類の作成

3-1 事業別計画書（第2号様式の1）の作成

【中山間地域等における採用活動の支援】

神奈川県地域ケアマネジメント提供体制確保支援事業費補助金事業別計画書
(補助事業所名：かながわ居宅介護支援事業所)

1 中山間地域等における雇用活動の支援										
☐ 中山間地域等に所在	(1) 実施予定期間									
	1 令和 8 年 9 月 30 日 ～ 令和 8 年 11 月 30 日									
	(2) 実施予定内容									
	2 〇〇市で開催される合同就職説明会に参加する。									
具体的な事業内容	(3) 所要見込額 4 (単位：円)									
	総事業費	寄付金その他の収入額	差引額 (A-B)	対象経費の 支出予定額	基準額	還定額	補助基本額	補助所要額	既交付 決定額	差引補助金所 要額
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
	48,000	0	48,000	48,000	300,000	48,000	48,000	48,000	0	48,000
(4) 所要見込額内訳 (単位：円)										
費目	内容				積算			支出予定額		
3	旅費 交通費				1,600円×2 (往復) ×5名×3日間			48,000		
合計								48,000		
事業の着手日（予定）										
令和8年9月30日										
事業の完了日（予定）										
令和8年11月30日										

作成のポイント

- 中山間地域等に所在する事業所のみが活用できる補助金です。対象外の事業所及び補助金を活用されない事業所は黄色セルを空欄で申請してください。

- ① 令和8年4月1日から令和9年1月31日までの間で入力してください。
- ② 実施する取組の内容を具体的に入力してください。
- ③ 取組に係る経費（税抜き）を入力してください。
- ④ 本補助対象事業に関する寄付金等の収入がある場合は、B欄に金額を記載してください。I欄には、すでに交付決定を受けている額（はじめての交付申請の場合は0円）を記載してください。その他のセルは自動計算されます。

4 交付申請書類の作成

3-2 事業別計画書（第2号様式の2）の作成

【事業所内のタスクシフト支援】

神奈川県川島地域のケアマネジメント提供体制確保支援事業費補助金事業別計画書

（補助事業所名：かながわ居宅介護支援事業所）

2 事業所内のタスクシフト支援

(1)実施予定期間
 ① 令和 8 年 10 月 8 日 ～ 令和 9 年 1 月 31 日

(2)実施予定内容
 ② 事務職員を採用するため、合同就職説明会に参加する。また、採用した職員に、外部研修を受講させる。

③ ☒ 事務的な業務のタスクシフトを促進するための事務職員の採用活動（ケアマネジャーの経験を有する者の活用を含む。）
☒ 事務的な業務のタスクシフトを促進するための研修受講

(3)所要見込額 (単位：円)

総事業費	寄付金その他の収入額	差引額 (A-B)	対象経費の支出予定額	基準額	選定額	補助基本額	補助所要額	既交付決定額	差引補助金所要額
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
158,000	0	158,000	158,000	400,000	158,000	158,000	158,000	0	158,000

(4)所要見込額内訳 (単位：円)

費目	内容	積算	支出予定額
④ 旅費	交通費	1,600円×2（往復）×5名×3日間	48,000
役務費	求人広告掲載料	30,000円×3回	90,000
需用費	外部研修受講料	〇〇研修受講料	20,000
合計			158,000

事業の着手日（予定） 令和8年10月8日
 事業の完了日（予定） 令和9年1月31日

具体的な事業内容

作成のポイント

- 介護支援専門員の業務負担軽減のため、事業所内のタスクシフトを支援する事業です。黄色セルに入力してください。活用されない場合は空欄で申請してください。
- ① 令和8年4月1日から令和9年1月31日までの間で記載してください。
 - ② 実施する取組の内容を具体的に記載してください。
 - ③ 実施する取組に「○」をしてください。
 - ④ 取組に係る経費（税抜き）を記載してください。
 - ⑤ 本補助対象事業に関する寄付金等の収入がある場合は、B欄に金額を記載してください。I欄には、すでに交付決定を受けている額（はじめての交付申請の場合は0円）を記載してください。その他のセルは自動計算されます。

4 交付申請書類の作成

3-3 事業別計画書（第2号様式の3）の作成

【介護支援専門員同行訪問支援】
【介護支援専門員安全確保対策支援】

神奈川県福祉のつなぐプロジェクト提供後援施設支援事業費補助金事業別計画書

（補助事業所名：）

1. 介護支援専門員同行訪問支援（申請期間における介護支援専門員にのみ対応し、事業所全体として実施してください。）

2. 介護支援専門員安全確保対策支援（申請期間における介護支援専門員にのみ対応し、事業所全体として実施してください。）

3. 実施予定内容

4. 実施予定内容

5. 実施予定内容

6. 実施予定内容

7. 実施予定内容

8. 実施予定内容

9. 実施予定内容

10. 実施予定内容

11. 実施予定内容

12. 実施予定内容

13. 実施予定内容

14. 実施予定内容

15. 実施予定内容

16. 実施予定内容

17. 実施予定内容

18. 実施予定内容

19. 実施予定内容

20. 実施予定内容

21. 実施予定内容

22. 実施予定内容

23. 実施予定内容

24. 実施予定内容

25. 実施予定内容

26. 実施予定内容

27. 実施予定内容

28. 実施予定内容

29. 実施予定内容

30. 実施予定内容

31. 実施予定内容

32. 実施予定内容

33. 実施予定内容

34. 実施予定内容

35. 実施予定内容

36. 実施予定内容

37. 実施予定内容

38. 実施予定内容

39. 実施予定内容

40. 実施予定内容

41. 実施予定内容

42. 実施予定内容

43. 実施予定内容

44. 実施予定内容

45. 実施予定内容

46. 実施予定内容

47. 実施予定内容

48. 実施予定内容

49. 実施予定内容

50. 実施予定内容

51. 実施予定内容

52. 実施予定内容

53. 実施予定内容

54. 実施予定内容

55. 実施予定内容

56. 実施予定内容

57. 実施予定内容

58. 実施予定内容

59. 実施予定内容

60. 実施予定内容

61. 実施予定内容

62. 実施予定内容

63. 実施予定内容

64. 実施予定内容

65. 実施予定内容

66. 実施予定内容

67. 実施予定内容

68. 実施予定内容

69. 実施予定内容

70. 実施予定内容

71. 実施予定内容

72. 実施予定内容

73. 実施予定内容

74. 実施予定内容

75. 実施予定内容

76. 実施予定内容

77. 実施予定内容

78. 実施予定内容

79. 実施予定内容

80. 実施予定内容

81. 実施予定内容

82. 実施予定内容

83. 実施予定内容

84. 実施予定内容

85. 実施予定内容

86. 実施予定内容

87. 実施予定内容

88. 実施予定内容

89. 実施予定内容

90. 実施予定内容

91. 実施予定内容

92. 実施予定内容

93. 実施予定内容

94. 実施予定内容

95. 実施予定内容

96. 実施予定内容

97. 実施予定内容

98. 実施予定内容

99. 実施予定内容

100. 実施予定内容

作成のポイント

● 介護支援専門員の安全確保のための取組を支援する事業です。安全確保が必要な状況にある場合に申請が可能です。黄色セルに入力してください。活用されない場合は空欄で申請してください。

- ① ハラスメントを、どなたから受けているか「○」をしてください。
- ② ハラスメントの内容を入力してください。
- ③ ハラスメントに関する相談状況を入力してください。
- ④ 同行訪問を行う場合は「○」をして、実施予定の内容を入力してください。期間は令和8年4月1日から令和9年1月31日までの間で入力してください。
- ⑤ 安全確保に必要な防犯用品の購入を行う場合は「○」をして、実施予定の内容を入力してください。期間は令和8年4月1日から令和9年1月31日までの間で入力してください。購入予定の物品に「○」をしてください。「その他」の場合は、カッコ内に物品名を入力してください。
- ⑥ 同行訪問に係る経費を入力してください。同行支援に要した経費は、補助基準額を実支出額とします。
- ⑦ 防犯用品の購入に係る経費を入力してください。
- ⑧ 本補助対象事業に関する寄付金等の収入がある場合は、B欄に金額を記載してください。I欄には、すでに交付決定を受けている額（はじめての交付申請の場合は0円）を記載してください。その他のセルは自動計算されます。

4 交付申請書類の作成

3-4 事業別計画書（第2号様式の4）の作成

【経営改善の支援】

神奈川県地域のケアマネジメント提供体制確保支援事業費補助金事業別計画書
(補助事業所名：かながわ居宅介護支援事業所)

具体的な事業内容

4 経営改善の支援

(1)実施予定期間

1
8
年
4
月
1
日
～
9
年
1
月
31
日

(2)実施予定内容

2

経営基盤の強化等を目的に外部コンサルタント等に委託を行う

経営改善の為の事務作業等を行う臨時職員を雇用する

(3)所要見込額 4 (単位：円)

総事業費	寄付金その他の収入額	差引額 (A-B)	対象経費の 支出予定額	基準額	選定額	補助基本額	補助所要額	既交付 決定額	差引補助金 所要額
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
600,000	0	600,000	600,000	400,000	400,000	400,000	400,000	0	400,000

(4)所要見込額内訳 (単位：円)

3

委託料

費目	内容	積算	支出予定額
委託料	経営改善のコンサルタント委託	委託料一式 600,000円	600,000
合計			600,000

事業の着手日（予定）

令和8年4月1日

事業の完了日（予定）

令和9年1月31日

作成のポイント

- 事業所の経営改善のための取組を支援する事業です。黄色セルに入力してください。活用されない場合は空欄で申請してください。

- ① 令和8年4月1日から令和9年1月31日までの間で入力してください。
- ② 実施する取組に「○」をしてください。
- ③ 取組に係る経費（税抜き）を入力してください。
- ④ 本補助対象事業に関する寄付金等の収入がある場合は、B欄に金額を記載してください。I欄には、すでに交付決定を受けている額（はじめての交付申請の場合は0円）を記載してください。その他のセルは自動計算されます。

4 交付申請書類の作成

3-5 事業別計画書（第2号様式の5）の作成

【利用者確保等のための広報活動に関する支援】

[illegible]

作成のポイント

- **利用者確保等のための広報活動を支援する事業です。**
黄色セルに入力してください。活用されない場合は
空欄で申請してください。
- ① **令和8年4月1日から令和9年1月31日までの間で**
記載してください。
 - ② **実施する取組の内容を記載してください。**
 - ③ **取組に係る経費（税抜き）を記載してください。**
 - ④ **本補助対象事業に関する寄付金等の収入がある場合は、**
B欄に金額を記載してください。I欄には、すでに交付
決定を受けている額（はじめての交付申請の場合は
0円）を記載してください。その他のセルは自動計算
されます。

4 交付申請書類の作成

4 交付申請書（第1号様式）の確認

神奈川県知事 殿		令和8年8月25日
申請者	住 所	横浜市中区日本大通1
	法人（団体）名	社会福祉法人かながわ
	代 表 者 氏 名	神奈川 太郎
神奈川県地域のケアマネジメント提供体制確保支援事業費補助金交付申請書		
このことについて、交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。		
1 補助事業名	神奈川県地域のケアマネジメント提供体制確保支援事業	
2 事業所名	かながわ居宅介護支援事業所	
(1) 事業所所在地	横浜市中区日本大通1 東庁舎2階	
(2) 事業所番号	1499999999	
(3) サービス種別	居宅介護支援事業所	
3 交付申請額	金	806,000 円
4 添付書類		
(1) 役員等氏名一覧表（第1号様式 付表）		
(2) 神奈川県地域のケアマネジメント提供体制確保支援事業費補助金事業別計画書（第2号様式の1～5）		
(3) 補助事業に係る収支予算書の抄本		
(4) その他知事が必要と認める書類		
【本件責任者及び担当者】		
責任者		
職	施設長	
氏名	神奈川 次郎	
電話番号	045-210-1111	
電子メール	fk-jinzai@pref.kanagawa.lg.jp	
担当者		
職	介護長	
氏名	神奈川 三郎	
電話番号	045-210-4755	
電子メール	fk-jinzai@pref.kanagawa.lg.jp	

作成のポイント

- これまで入力いただいた情報を基に自動で作成されますので、内容のご確認をお願いいたします。
- 申請にあたっては、押印不要です。

4 交付申請書類の作成

5 補助事業に係る収支予算書の抄本の作成

神奈川県地域のケアマネジメント提供体制確保支援事業					
収支予算（見込）書（抄本）					
収入			支出		
項目	金額	備考	項目	金額	備考
県補助金	806,000	②			
事業主負担	200,000				
その他収入	① 0		旅費	96,000	
			需用費	20,000	
			役務費	90,000	
			委託料	800,000	
計	1,006,000		計	1,006,000	
この抄本は原本の内容と相違ないことを証明いたします。					
令和8年8月25日					
(法人名) 社会福祉法人かながわ					
(代表職氏名) 代表取締役 神奈川 太郎					

作成のポイント

- これまで入力いただいた情報を基にグレーのセルは自動で入力されます。
 - 申請にあたっては、押印不要です。
- ① 「その他収入」欄を入力してください。0円の場合でも「0」と入力してください。
- ② 備考欄は原則入力不要です。

4 交付申請書類の作成

6 事業計画確認票（別紙様式1）の確認

神奈川県地域のケアマネジメント提供体制確保支援事業費補助金 事業計画 確認票

1. 補助事業所名

2. 中山間地域等に所在の有無 ☐

3. 事業所種別

4. 事業着手日(予定)

5. 事業完了日(予定)

6. 交付申請額合計 円

7. 補助申請詳細

項目	申請	事業着手日	事業完了日	総事業費	補助所要額
(1) 中山間地域等における採用活動の支援	☐	2026/9/30	2026/11/30	48,000	48,000
(2) 事業所内のタスクシート支援	☐	2026/10/8	2027/1/31	158,000	158,000
(3)ア 介護支援専門員同行訪問支援					
(3)イ 介護支援専門員安全確保対策支援					
(4) 経営改善の支援	☐	2026/4/1	2027/1/31	600,000	400,000
(5) 利用者確保等のための広報活動に関する	☐	2026/11/1	2026/12/28	200,000	200,000
			合計	1,006,000	806,000

8. 所要見込額詳細

費目	(1)	(2)	(3)ア	(3)イ	(4)	(5)	合計
報酬							
給料							
職員手当等							
共済費							
賃金							
報償費							
旅費	48,000	48,000					96,000
需用費		20,000					20,000
役務費		90,000					90,000
委託料					600,000	200,000	800,000
使用料及び賃借料							
備品購入費							
負担金							
補助金及び交付金							
事業計	48,000	158,000			600,000	200,000	1,006,000

作成のポイント

- これまで入力いただいた情報を基に自動で作成されますので、内容のご確認をお願いいたします。

4 交付申請書類の作成

7 補助金振込先口座申出書の作成

補助金名 神奈川県地域のケアマネジメント提供体制確保支援事業費補助金			
補助金振込先口座について			
フリガナ	シャカイフクシホウジンカナガワ		
法人名等	社会福祉法人かながわ		
フリガナ	ダイヒョウトリシマリヤク	氏名	カナガワタロウ
法人等代表者名	代表取締役		神奈川 太郎
フリガナ	ヨコハマシナカクニホンオオドリ		
住所	〒 231-8588 横浜市中区日本大通 1		
電話番号	045-210-1111		
フリガナ	ヨコハマギンコウ		
金融機関	横浜銀行		
フリガナ	ケンチョウシテン		
支店名	県庁支店		
預金種別	普通	口座番号	1234567
フリガナ	シャカイフクシホウジンカナガワ ダイヒョウトリシマリヤク カナガワ タロウ		
口座名義人	社会福祉法人かながわ 代表取締役 神奈川 太郎		

※口座名義人が代表者（理事長、代表取締役等）以外の場合（理事長と施設長が兼務の場合や、法人名義の場合も含めて）、「委任状」を添付の上、提出してください。

※住所については、申請書類と同じ住所（登記上の住所）としてください。

作成のポイント

- 黄色セルに入力してください。グレーのセルは「基本情報入力シート」に入力いただいた内容が反映されます。
- 申請者と口座名義人が異なる場合は、委任状が必要です。

4 交付申請書類の作成

8 交付申請書類・誓約事項 一覧・チェック表の作成

神奈川県地域のケアマネジメント提供体制確保支援事業費補助金 誓約事項チェック表・交付申請書類一覧			
事業所名：			
誓約事項			チェック欄
補助申請対象事業において、国・県・市町村等が実施している事業で既に補助を受けている経費はありません。			○ ①
補助申請対象事業において、補助事業者が従う会計基準における関連当事者（親会社、子会社等）からの取引はありません。 （当該調達・取引に利益が含まれている場合には、排除する必要があるため、県へ相談ください）			○ ②
申請内容について虚偽はありません。			○ ③
提出書類			
様式名	書類名	注意点	チェック欄
① 第1号様式	交付申請書		○
② 第1号様式付表	役員等氏名一覧表		○
③ 第2号様式の	神奈川県地域のケアマネジメント提供体制確保支援事業費補助金事業別計画書		○
1	【中山間地域等における採用活動の支援】	申請する事業のみ、必要事項を記載してください。申請しない事業については、空欄のまま提出してください。	-
2	【事業所内のタスクシフト支援】		-
3ア	【その他業務負担軽減に必要な支援】 ・介護支援専門員同行訪問支援		○
3イ	【その他業務負担軽減に必要な支援】 ・介護支援専門員安全確保対策支援		○
4	【経営改善の支援】		○
5	【利用者確保等のための広報活動に関する支援】		○
④ 別紙様式1	神奈川県地域のケアマネジメント提供体制確保支援事業費補助金事業計画確認票		○
⑤	歳入歳出予算書（抄本）		○
⑥	補助金振込先口座について	口座名義人が代表者以外の場合、「委任状」を添付の上、提出してください。	○

作成のポイント

● 黄色セルのみ入力してください。

- ① 申請した事業において、国・県・市町村等から既に補助を受けている経費は無いか確認いただき、なければチェック欄に「○」をしてください。
- ② 申請した事業において、親会社、子会社等との取引が無いか確認いただき、なければチェック欄に「○」をしてください。親会社、子会社等との取引がある場合は県にご相談ください。
- ③ チェック欄に「○」をして、申請内容に虚偽がないことを誓約してください。
- ④ これまで入力いただいた情報がチェック欄に反映されます。申請した事業のチェック欄が「○」となっていることを確認してください。事業計画書に入力がない事業は「-」、入力に誤りがある場合は「×」が表示されます。