

介護職員子育て支援代替職員配置事業費補助金実施要領

第1 趣旨

この要領は、介護職員子育て支援代替職員配置事業費補助を実施するにあたり、「神奈川県地域医療介護総合確保基金（介護分）事業費補助金交付要綱」（以下「交付要綱」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定める。

第2 目的

介護職員が長く働きやすい環境を作るため、出産・育児休業等から復職した介護職員が、育児のための短時間勤務制度等を活用できるよう、介護サービス事業者が代替職員を雇用する場合の費用の一部を助成し、介護人材の定着を促進する。

第3 補助対象事業者

- 1 本事業の補助対象事業者（以下「事業者」という。）は、県内に介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく指定介護サービス事業所及び施設を設置する者とする。
- 2 実地指導等で指摘があった場合は、その改善状況報告書が指定・監督権限者に提出され、改善が確認されていることを条件とする。

第4 補助事業の内容等

- 1 出産・育児休業等から復職した介護職員が、育児のために短時間勤務制度等を利用する際に、事業者がその職員が従事できない業務時間に代替職員を配置した場合、その費用について補助する。
- 2 対象となる短時間勤務制度等を利用する介護職員
 - (1) 出産・育児休業から復職後短時間勤務制度を利用する介護職員のほか、復職後本人の希望で短時間雇用契約により従事する介護職員、本人の希望により週単位または月単位で所定労働時間や労働日数を短縮する制度を利用する介護職員も補助対象とする。

また、出産・育児のため一旦退職し、育児のため短時間の勤務形態（週単位または月単位で所定労働時間や労働日数が常勤より少ない場合を含む）による再就職を希望する者を雇用した場合も補助対象とする。
 - (2) 未就学児を養育する介護職員とする。ただし、障がい児を養育する場合は、18歳に達する日又は高等学校を卒業する日の属する年度末までを補助対象とする。

なお、障がい児とは、次の各号に掲げる条件を満たす者とする。

 - ア 身体障害者福祉法第4条に規定する身体障がい者
 - イ 児童相談所又は知的障害者更生相談所において知的障がいであると判定された者
 - ウ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第5条に規定する精神障がい者
 - (3) 前2号に掲げる短時間勤務制度等を利用する介護職員（以下「短時間勤務等介護職員」という。）の雇用形態は常勤・非常勤職員とする。ただし、介護業務に従事する者とする。
- 3 対象となる代替職員

代替職員を新たに雇用した場合のほか、派遣職員を依頼した場合や既に雇用している非常勤職員により代替する場合の費用も補助対象とする。

4 補助対象となる費用

- (1) 補助対象となる費用は、代替職員に当該申請年度中に支給される給与・報酬・賃金・派遣料金(以下給与等という。)とする。
- (2) 補助対象となる代替職員の給与等の額は、1月単位で算出する。
- (3) 代替職員を新たに雇用した場合は、当該代替職員が代替として従事した月の基本給月額を対象とする。
- (4) 既に雇用している非常勤職員により代替する場合は、事業者が就労規則に定める常勤の所定労働時間数から、短時間勤務等介護職員の勤務時間を差し引いた時間数に、代替職員の基本給時間給相当額を乗じた額とする。
- (5) 上記(4)の場合、短時間勤務等介護職員の休暇取得日は、出勤日と同様に計算する。

第5 交付申請

1 本事業による補助を受けようとする者は、申請年度中に予定している子育て支援のための代替職員配置について、交付要綱第4条に定める申請書類を作成し、次に掲げる書類を添付して提出するものとする。

- (1) 短時間勤務等介護職員一覧(別紙様式1)
- (2) 代替職員費用所要額計算表(別紙様式2)
- (3) 未就学児等を養育中であることが確認できる書類(母子手帳の写し、当該職員と未就学児等の住民票の写し、健康保険証の写し(当該職員が扶養者である場合)など)
- (4) 障がい児を養育中の場合は、障害者手帳の写し
- (5) 育児休業を取得していたことが確認できる書類(育児休業申出書の写し、辞令の写し等)一旦退職している場合は、前従事先を確認できるもの(前従事先の従事証明、年金記録、雇用保険記録等)
- (6) 短時間勤務等介護職員の所定労働時間、所定労働日、就労予定日数等が確認できる書類(労働条件通知書の写し、雇用契約書の写し等)
- (7) 就業規則(常勤職員の所定労働時間、所定労働日数、休日等が確認できる部分)

2 所要額の算出方法は、次のとおりとする。

- (1) 新たに雇用した代替職員については、代替配置した月の基本給月額を費用とする。
- (2) 既に雇用している職員を代替配置する場合は、常勤の月所定労働時間数と短時間勤務等職員の当該月の所定労働時間数の差に配置を予定する代替職員の時間給単価の平均額を乗じて月の所要額を算出し、代替職員を予定する月分を合計する。

3 交付要綱様式3「事業計画書」の記載内容は、次の事項を含むものとする。

- ア 事業の目的
- イ 事業の内容及び実施方法
- ウ 短時間勤務等介護職員予定人数

第6 追加交付申請

- 1 交付決定を受けた後、短時間勤務等介護職員の追加等により、補助額の追加交付決定を受けた場合は、交付要綱第7条の規定により補助金変更交付申請の手続を行う。
- 2 県は、当該事業の予算執行状況より、追加交付の可否を決定するものとする。

第7 実績報告

- 1 本事業に係る実績報告をしようとする者は、交付要綱第10条に定める実績報告書を作成し、次に掲げる書類を添付し提出するものとする。

なお、交付要綱様式10「消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書」は、消費税の申告の有無に関わらず提出する必要があることから、提出可能な時点で漏れなく提出するようにすること。

- (1) 代替職員年間費用集計表（別紙様式3）
 - (2) 既に雇用している職員による代替費用実績算出表（別紙様式4①又は②）
 - (3) 短時間勤務等介護職員の就労実績が確認できる書類（出勤簿、タイムカード等）
 - (4) 代替職員の基本賃金が確認できる書類（労働条件通知書、雇用契約書等）
 - (5) 代替職員の就労実績が確認できる書類（代替配置した月に係る出勤簿、タイムカード等）
 - (6) 代替職員の給与等が支払われたことを確認できる書類（給与明細、派遣料領収書の写し等）
- 2 実績報告時の補助対象費用の算出方法は、次のとおりとする。
 - (1) 1月ごとに費用を算出したものの年間合計額とする。
 - (2) 新たに雇用した代替職員については、代替配置した月の基本給月額を費用とする。
 - (3) 既に雇用している非常勤職員を代替配置する場合で、短時間勤務等介護職員の所定労働日数が常勤の所定労働日数と同じ場合は、短時間勤務等介護職員の出勤日について、常勤の1日の所定労働時間数から当該出勤日の労働時間を引いた時間数に、当該出勤日に代替配置した職員の時間給相当額を乗じた金額を、当該出勤日の代替職員費用とし、月の合計を算出する（ただし、新たに雇用した代替職員配置日は除く）。
 - (4) 既に雇用している非常勤職員を代替配置する場合で、短時間勤務等介護職員の所定労働日数が常勤の所定労働日数より少ない場合は、1月の費用は次の①と②を合計した額とする。
 - ①当該月の出勤日について、常勤の1日の所定労働時間数から当該出勤日の労働時間を差し引いた時間数に当該出勤日に代替配置した職員の時間給相当額を乗じた金額を当該出勤日の代替費用とし、月の合計を算出する（ただし、新たに雇用した代替職員配置日は除く）。
 - ②当該月の勤務外日について、常勤の1日の所定労働時間数に勤務外日に代替配置した職員の時間数相当額を乗じた金額を算出し、月の合計額を算出する（ただし、新たに雇用した代替職員配置日は除く）。その月の合計額を勤務外日数で除して平均額を算出して、その平均額に常勤の所定労働日数から当該月の短時間勤務等介護職員の勤務日数を引いた日数を乗じた金額を算出する。
 - (5) 上記（3）及び（4）において、短時間勤務等介護職員が休暇を取得した場合は、勤務日と同様に計算する。

3 交付要綱様式9「事業実績報告書」の記載内容は、次の事項を含むものとする。

(1) 事業の実施内容及び実施方法

(2) 実施実績（短時間勤務等介護職員の人数及び代替職員の配置状況等）

附則

この要領は、平成29年4月18日から施行し、平成29年4月1日から適用する。

(様式1)

文書番号
平成〇〇年〇〇月〇〇日

神奈川県知事 殿

補助事業者 住 所
法人(団体)名
代表者氏名 印

平成29年度神奈川県地域医療介護総合確保基金(介護分)事業費補助金交付申請書

このことについて、次のとおり関係書類を添えて申請します。

- 1 補助事業名 平成29年度介護従事者子育て支援事業
(介護職員子育て支援代替職員配置事業費補助)
- 2 交付申請額 金〇〇〇, 〇〇〇, 〇〇〇円
- 3 補助金所要額調書 (様式2)
- 4 事業計画書 (様式3)
- 5 添付書類
 - (1) 当該事業に係る歳入歳出予算書の抄本
(当該補助事業に係る予算額を備考欄に記入すること。)
 - (2) 役員等氏名一覧表(様式1 付表)
※交付申請者が地方公共団体の場合は提出を要しない。
 - (3) その他参考となる資料(別に定める様式等)

問合せ先
〇〇部〇〇課 〇〇
電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
メールアドレス〇〇〇〇@〇〇〇〇

(様式1 付表)

役員等氏名一覧表

平成 年 月 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 |
|-----|----|-------|-----------------------|-------------|----|
| 代表者 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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

印

- 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

(様式2)

平成 年度神奈川県地域医療介護総合確保基金事業費補助金所要額調書

補助事業者名

(単位：円)

| 補助事業名 | 区 分 | 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 (H - I) J |
|-------|-----|-----------|---------------------|------------------|---------------------|----------|----------|----------------|----------------|-----------------|---------------------------|
| | | | | | | | | | | | |

(注) 1 F欄には、C欄とD欄とE欄を比較していずれか少ない方の額を記載すること。

2 G欄にはF欄の額を記載すること。

3 H欄にはG欄の額に補助率を乗じて得た額を記載すること。

4 G欄、H欄に千円未満の端数が生じた場合は切り捨てること。

(様式3)

事業計画書

(補助事業者名：)

| | |
|-------------|--|
| 補助事業名 (区分) | |
| 具体的な事業内容 | |
| 事業の着手日 (予定) | |
| 事業の完了日 (予定) | |

(様式4)

文 書 番 号
平成〇〇年〇〇月〇〇日

神奈川県知事 殿

補助事業者 住 所
法人(団体)名
代表者氏名 印

平成29年度神奈川県地域医療介護総合確保基金(介護分)事業費補助金変更交付申請書

このことについて、次のとおり関係書類を添えて申請します。

- 1 補助事業名 平成29年度介護従事者子育て支援事業
(介護職員子育て支援代替職員配置事業費補助)
- 2 変更交付申請額 金〇〇〇, 〇〇〇, 〇〇〇円
(前回交付申請額 金〇〇〇, 〇〇〇, 〇〇〇円)
- 3 補助金所要額調書 (様式2)
- 4 事業計画書 (様式3)
- 5 添付書類
(1) 当該事業に係る歳入歳出予算書の抄本
(当該補助事業に係る予算額を備考欄に記入すること。)
(2) その他参考となる資料(別に定める様式等)

問合せ先
〇〇部〇〇課 〇〇
電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
メールアドレス〇〇〇〇@〇〇〇〇

(様式5)

文 書 番 号
平成〇〇年〇〇月〇〇日

神奈川県知事 殿

補助事業者 住 所
法人(団体)名
代表者氏名 印

平成29年度神奈川県地域医療介護総合確保基金(介護分)事業費補助金事業変更(中止、廃止)承認申請書

平成〇〇年〇〇月〇〇日付け〇第〇〇〇号により交付決定があった〇〇〇〇〇〇〇〇〇事業に係る補助事業について、次のとおり事業変更(中止、廃止)し、承認を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 変更(中止、廃止)の内容

| 事業内容 | 変更(中止、廃止)前 | 変更(中止、廃止)後 |
|------|------------|------------|
| | | |

2 変更(中止、廃止)の理由

問合せ先
〇〇部〇〇課 〇〇
電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
メールアドレス〇〇〇〇@〇〇〇〇

(様式6)

文 書 番 号
平成〇〇年〇〇月〇〇日

神奈川県知事 殿

補助事業者 住 所
法人(団体)名
代表者氏名 印

平成29年度神奈川県地域医療介護総合確保基金(介護分)事業費補助金事業実施状況報告書

平成〇〇年〇〇月〇〇日に依頼のありました標記補助金につきまして、神奈川県地域医療介護総合確保基金事業費補助金交付要綱第9条に基づき、平成〇〇年〇〇月〇〇日現在の補助事業の遂行状況について報告します。

1 事業名 平成29年度介護従事者子育て支援事業
(介護職員子育て支援代替職員配置事業費補助)

2 補助事業の執行状況

着手

完了

3 補助事業経費の執行状況

交付決定額

精算見込額

問合せ先
〇〇部〇〇課 〇〇
電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
メールアドレス〇〇〇〇@〇〇〇〇

注：支出の根拠としない場合には押印不要

(様式7)

文 書 番 号
平成〇〇年〇〇月〇〇日

神奈川県知事 殿

補助事業者 住 所
法人(団体)名
代表者氏名 印

平成29年度神奈川県地域医療介護総合確保基金(介護分)事業費補助金事業実績報告書

平成〇〇年〇〇月〇〇日付けで交付決定があった標記補助金について、次のとおり関係書類を添えて報告します。

- 1 補助事業名 平成29年度介護従事者子育て支援事業
(介護職員子育て支援代替職員配置事業費補助)
- 2 補助金精算額調書 (様式8)
- 3 事業実績報告書 (様式9)
- 4 添付書類
(1) 当該事業に係る歳入歳出決算(見込み)書の抄本
(当該補助事業に係る決算額を備考欄に記入すること。)
(2) その他参考となる資料(別に定める様式等)

問合せ先
〇〇部〇〇課 〇〇
電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
メールアドレス〇〇〇〇@〇〇〇〇

(様式 8)

平成 年度神奈川県地域医療介護総合確保基金事業費補助金精算額調書

補助事業者名

(単位：円)

| 補助事業名 | 区 分 | 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 支出済額 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 (H - I) J |
|-------|-----|-----------|---------------------|------------------|--------------------|----------|----------|----------------|----------------|-----------------|---------------------------|
| | | | | | | | | | | | |

(注) 1 F欄には、C欄とD欄とE欄を比較していずれか少ない方の額を記載すること。

2 G欄にはF欄の額を記載すること。

3 H欄にはG欄の額に補助率を乗じて得た額を記載すること。

4 G欄、H欄に千円未満の端数が生じた場合は切り捨てること。

(様式9)

事業実績報告書

(補助事業者名：)

| | |
|------------|--|
| 補助事業名 (区分) | |
| 具体的な事業内容 | |
| 事業の着手日 | |
| 事業の完了日 | |

(様式 10)

文 書 番 号
平成〇〇年〇〇月〇〇日

神奈川県知事 殿

補助事業者 住 所
法人 (団体) 名
代 表 者 氏 名 印

平成 29 年度神奈川県地域医療介護総合確保基金 (介護分) 事業費に係る
消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

平成〇〇年〇〇月〇〇日付け〇第〇〇〇号により交付決定を受けた〇〇〇〇〇〇〇事業に係る補助金の消費税及び地方消費税仕入控除税に係る仕入控除税額について、次のとおり報告します。

- | | | |
|----------------------------|------|--------|
| 1 補助金の額の確定額 | 金 | 円 |
| 2 消費税の申告の有無 (どちらかを選択) | 有 | ・ 無 |
| (2で「無」を選択の場合は以下不要) | | |
| 3 仕入控除税額の計算方法 (どちらかを選択) | 一般課税 | ・ 簡易課税 |
| (3で「簡易課税」を選択の場合は以下不要) | | |
| 4 補助金の額の確定時に減額した消費税仕入控除税額 | 金 | 円 |
| 5 消費税の申告により確定した消費税仕入控除税額 | 金 | 円 |
| 6 補助金返還相当額 (5から4の額を差し引いた額) | 金 | 円 |

7 添付書類

- (1) 3で一般課税に該当する場合、当該補助金に係る「消費税仕入控除税額の積算内訳」
- (2) 3で一般課税に該当する場合、税務署に提出した際の「消費税の確定申告書 (控) の表紙」及び「付表 2 課税売上割合・控除対象仕入税額等の計算表」の写し
- (3) その他参考となる書類 (別に定める様式等)

(注) 補助金返還相当額がない場合であっても、報告すること。

問合せ先
〇〇部〇〇課 〇〇
電話〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
メールアドレス〇〇〇〇@〇〇〇〇