別紙様式２－４（介護人材確保・職場環境改善等事業計画書　個票）

提出先	

法人名	医療法人重陽会

補助金の見込額の合計［円］	1,989,852
提出先都道府県での補助金の見込額の合計[円]	提出先未選択

【記入上の注意】
・都道府県ごとに補助金の要件を満たす必要があり、都道府県ごとに振込先の指定方法等、様式が異なる場合もあることから、補助金の計画書は都道府県ごとに作成することが望ましい。
都道府県をまたいで法人一括での作成を行う場合、別紙様式２－３の補助金の見込額には、提出先の都道府県内に所在する事業所・施設のみの合計額が記載される。
・事業所の数が多く、１枚に記載しきれない場合は、適宜、行を追加すること。
・補助金の支払は、原則として、国保連合会に登録している介護給付費等の振込先口座のうちのいずれかに、都道府県ごと、法人ごとに振り込まれる。そのため、振込先の希望を、各都道府県ごとに1つだけ選択すること。
・振込先は、原則、介護給付費等の債権譲渡を行っていない事業所を選択すること。債権譲渡を行っている事業所を振込先とする場合、別途、都道府県の指定する様式で法人・事業所の振込先の口座情報等を都道府県に届け出ること。

通し番号	介護保険事業所番号	指定権者名	事業所の所在地		事業所名	サービス名	サービスコード	介護人材確保・職場環境改善等事業を申請予定	一月あたり介護報酬総単位数［単位](a)	1単位あたりの単価[円](b)	交付率（c）	補助金の見込額(e)（a×b×c）［円］	交付対象月 ※令和6年12月を基本とし、各事業所の判断により、令和7年1月、2月又は3月も選択可能。どれか1つのみに「○」。）				国保連合会に登録している口座のうち、振込先の希望（各都道府県で1つのみに「○」。振込先でない事業所には「－」。）	振込先に選択した事業所が債権譲渡を行っており、別途都道府県に振込口座情報の提供が必要。	○ 提出先未選択 ○
			都道府県	市区町村									令和6年12月	令和7年1月	令和7年2月	令和7年3月			
1	0852080068	茨城県	茨城県	つくば市	介護老人保健施設なでしこ	介護老人保健施設サービス	52	○	2,928,358	10.45	4.3%	1,315,857	○				○	○	
2	0852080068	茨城県	茨城県	つくば市	介護老人保健施設なでしこ	短期入所療養介護（介護老人保健施設）	22	○	27,026	10.45	4.3%	12,143	○				－		
3	0852080068	茨城県	茨城県	つくば市	介護老人保健施設なでしこ	介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設）	25	○	1,458	10.45	4.3%	654	○				－		
4	0852080068	茨城県	茨城県	つくば市	介護老人保健施設なでしこ	通所リハビリテーション	16	○	474,266	10.55	5.5%	275,192	○				－		
5	0852080068	茨城県	茨城県	つくば市	介護老人保健施設なでしこ	介護予防通所リハビリテーション	66	○	44,389	10.55	5.5%	25,756	○				－		
6	0870500998	茨城県	茨城県	石岡市	デイサービスセンターなでしこ南台	通所介護	15	○	542,067	10.00	6.4%	346,922	○				－		
7	0870500998	石岡市	茨城県	石岡市	デイサービスセンターなでしこ南台	通所型サービス（独自）	A6	○	20,826	10.00	6.4%	13,328	○				－		
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			

通し番号	介護保険事業所番号	指定権者名	事業所の所在地		事業所名	サービス名	サービスコード	介護人材確保・職場環境改善等事業を申請予定	一月あたり介護報酬総単位数［単位］(a)	1単位あたりの単価［円］(b)	交付率（c）	補助金の見込額（e）（a×b×c）［円］	交付対象月 ※令和6年12月を基本とし、各事業所の判断により、令和7年1月、2月又は3月も選択可能。どれか1つのみに「○」。）				国保連合会に登録している口座のうち、振込先の希望（各都道府県で1つのみに「○」。振込先でない事業所には「－」。）	振込先に選択した事業所が債権譲渡を行っており、別途都道府県に振込口座情報の提供が必要。
			都道府県	市区町村									令和6年12月	令和7年1月	令和7年2月	令和7年3月		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		
31																		
32																		
33																		
34																		
35																		
36																		
37																		
38																		
39																		

○
提出先未選択
○

通し番号	介護保険事業所番号	指定権者名	事業所の所在地		事業所名	サービス名	サービスコード	介護人材確保・職場環境改善等事業を申請予定	一月あたり介護報酬総単位数［単位］(a)	1単位あたりの単価［円］(b)	交付率（c）	補助金の見込額（e）（a×b×c）［円］	交付対象月 ※令和6年12月を基本とし、各事業所の判断により、令和7年1月、2月又は3月も選択可能。どれか1つのみに「○」。）				国保連合会に登録している口座のうち、振込先の希望（各都道府県で1つのみに「○」。振込先でない事業所には「－」。）	振込先に選択した事業所が債権譲渡を行っており、別途都道府県に振込口座情報の提供が必要。	○
			都道府県	市区町村									令和6年12月	令和7年1月	令和7年2月	令和7年3月			提出先未選択
																			○
40																			
41																			
42																			
43																			
44																			
45																			
46																			
47																			
48																			