別紙様式２－２（障害福祉従事者処遇改善緊急支援事業計画書　個票）

提出先	秋田県

法人名	有限会社トータルケアー心堂

補助金の見込額の合計［円］	130,428
提出先都道府県での補助金の見込額の合計[円]	130,428

【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してください。
・事業所の数が多く、１枚に記載しきれない場合は、適宜、行を追加してください。
・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ます。そのため、振込先の希望を、各都道府県ごとに１つだけ選択してください。
・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してください。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てください。

通し番号	障害福祉サービス等事業所番号	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	基準月（原則令和7年12月）の障害福祉サービス等報酬総額［円］(a)	交付率（ｂ）	補助金の見込額（c）(a×b)［円］	交付対象月 ※令和7年12月を基本とし、各事業所の判断により、令和8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「－」。）（入力不要）	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。（入力不要）	○
			都道府県	市区町村							令和7年12月	令和8年1月	令和8年2月	令和8年3月			×
1	0510400245	秋田県	秋田県	大館市	まんまる一心堂	就労継続支援B型	46	1,144,110	11.4%	130,428	○						○
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	

通し番号	障害福祉サービス等事業所番号	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	基準月（原則令和7年12月）の障害福祉サービス等報酬総額[円] (a)	交付率（ｂ）	補助金の見込額（c） （a×b） [円]	交付対象月 ※令和7年12月を基本とし、各事業所の判断により、令和8年1月、2月又は3月も選択可能。どれか1つのみに「〇」。）				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「〇」。振込先でない事業所には「－」。） **（入力不要）**	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。 **（入力不要）**	〇 × 〇
			都道府県	市区町村							令和7年12月	令和8年1月	令和8年2月	令和8年3月		
15																

通し番号	障害福祉サービス等事業所番号	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	基準月（原則令和7年12月）の障害福祉サービス等報酬総額[円]（a）	交付率（ｂ）	補助金の見込額（c）（a×b）[円]	交付対象月 ※令和7年12月を基本とし、各事業所の判断により、令和8年1月、2月又は3月も選択可能。どれか1つのみに「〇」。）				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「〇」。振込先でない事業所には「－」。） （入力不要）	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。 （入力不要）	〇 × 〇
			都道府県	市区町村							令和7年12月	令和8年1月	令和8年2月	令和8年3月		
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																
26																
27																
28																
29																
30																
31																
32																
33																
34																
35																

通し番号	障害福祉サービス等事業所番号	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	基準月（原則令和7年12月）の障害福祉サービス等報酬総額［円］(a)	交付率（ｂ）	補助金の見込額（c）（a×b）［円］	交付対象月 ※令和7年12月を基本とし、各事業所の判断により、令和8年1月、2月又は3月も選択可能。どれか1つのみに「〇」。）				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「〇」。振込先でない事業所には「－」。） （入力不要）	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。 （入力不要）	〇 × 〇
			都道府県	市区町村							令和7年12月	令和8年1月	令和8年2月	令和8年3月		
36																
37																
38																
39																
40																
41																
42																
43																
44																
45																
46																
47																
48																