

計画書(介護分野の職員の質上げ・職場環境改善支援事業)  
基本情報入力シート

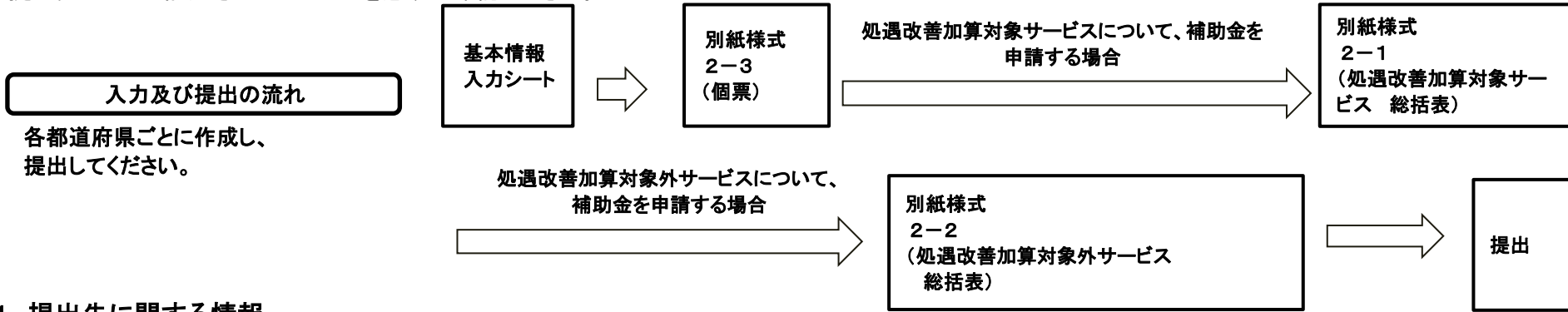
別紙様式2

●はじめに本シート(基本情報入力シート)のセルに入力することで、申請対象となる事業所等に関する基本的な情報が、各シートに自動的に転記されます。

【重要】

①本計画書は、介護保険事業費補助金(介護分野の職員の質上げ・職場環境改善支援事業(以下「補助金」という。))の国の申請様式です。  
②補助金の実施主体である各都道府県において、別途申請様式が示されている場合もありますので、申請書類の作成に当たっては、必ず都道府県のホームページをご確認ください。

- 自動転記の仕組みを活用するため、下記の作業フローに基づき、シートを完成させてください。
- 「提出先の自治体名」を記入すると、別紙2-2から2-4までの「提出先」欄も、自動で更新されます。  
提出先が正しく記入されていることを必ずご確認ください。



1 提出先に関する情報

補助金の届出に係る提出先(事業所の所在地の都道府県)を選択してください。

提出先

2 基本情報

下表に必要な事項を入力してください。記入内容が各様式に反映されます。

法人名	フリガナ	ユウゲンガイシャトータルケアイッシンドウ		
	名称	有限会社トータルケア心堂		
法人住所	〒	017	-	0803
	住所1(番地・住居番号まで)	秋田県大館市東台2丁目1-75-2		
	住所2(建物名等)			
法人代表者	職名	代表取締役		
	氏名	丸山 朋也		
法人番号		2410002008691		
書類作成担当者	フリガナ	マルヤマ トモヤ		
	氏名	丸山 朋也		
連絡先	電話番号	0186-49-3433		
	E-mail	maru1410@crux.ocn.ne.jp		

3 計画書の記載内容や補助金の支払に係る情報

<input checked="" type="checkbox"/> 本補助金計画書の記載内容に虚偽がないこと及び記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。 (以下のどちらか1つの支給希望時期にチェック(✓)すること。 令和8年3月末までの支給を希望する場合、事業実施時期に関する項目もチェック(✓)すること。)			
<input type="checkbox"/> 本補助金について、令和8年3月末までの支給を希望します。 (令和8年3月末までの支給を希望する場合にチェック(✓) 令和8年3月末までに支給を受けた場合には、令和8年3月末までに賃金改善及び職場環境改善を実施する必要があることを理解しています。)			
<input checked="" type="checkbox"/> 本補助金について、令和8年4以降の支給を希望します。			
令和 8年 <input type="text" value="4"/> 月 <input type="text" value="22"/> 日	法人名 代表者	有限会社トータルケア心堂 職名 代表取締役	丸山 朋也

【記入上の注意】  
・各証明資料は、都道府県からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。  
・本計画書への虚偽記載の他、補助金の請求に関して不正があった場合は、補助金を返還することとなる場合がある。



21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
32								
33								
34								
35								
36								
37								
38								
39								
40								
41								
42								
43								
44								

45								
46								
47								
48								
49								
50								
51								
52								
53								
54								
55								
56								
57								
58								