

別紙様式2-2(補助金)

介護職員処遇改善支援補助金計画書(施設・事業所別個表)

提出先 千葉県

法人名	医療法人社団志誠会
介護職員処遇改善支援補助金額(見込額)の合計[円](e)	826,432
うち、令和6年4・5月分の補助金額(見込額)の合計[円](f)	413,216

【記入上の注意】
 ・処遇改善支援補助金計画書は、提出先の都道府県内に所在する事業所・施設であれば法人一括での作成が可能であり、全体で補助金額以上となる賃金改善等の要件を満たしていれば足りること。
 ・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。
 ・介護報酬ファクタリング等のサービスを利用し、介護給付費等の債権譲渡を行っている事業所がある場合、①の列で該当するものに「○」を付けること。
 ・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、法人ごと振り込まれる。
 ・そのため、振込先の希望を、②と③の全体で1つだけ選択すること。具体的には、
 ・②の列で、①の債権譲渡以外の事業所の「国保連合会の振込先口座」への振込を希望するか、
 ・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た上で、③に「○」を付けること。

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	ベースアップ等加算の算定有無(令和6年4月から算定見込みである場合を含む)	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)	交付対象期間(d)	介護職員処遇改善支援補助金の見込額(e) (a×b×c×d) [円]	うち、令和6年4・5月分の補助金の見込額(f)(e×1/2) [円]	①債権譲渡の有無(該当するものに「○」)	②のいずれか又は③に○(全体で1つのみに「○」)	
			都道府県	市区町村											②国保連合会に登録している口座のうち、振込先の希望	③債権譲渡がある場合、別途届け出た口座
1	1252980019	千葉県	千葉県	香取市	介護老人保健施設夢プラスワン	介護老人保健施設	○	2,342,758	10.00	0.5%	令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)	468,548	234,274	—	○	—
2	1252980019	千葉県	千葉県	香取市	介護老人保健施設夢プラスワン	(介護予防)短期入所療養介護(老健)	○	205,445	10.00	0.5%	令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)	41,088	20,544	—	—	—
3	1252980020	千葉県	千葉県	香取市	介護老人保健施設夢プラスワン	(介護予防)通所リハビリテーション	○	1,319,996	10.00	0.6%	令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)	316,796	158,398	—	—	—
4							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—	
5							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—	
6							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—	
7							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—	
8							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—	
9							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—	
10							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—	
11							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—	
12							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—	
13							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—	
14							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—	
15							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—	
16							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—	
17							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—	
18							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—	
19							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—	
20							—		10.00		令和6年2月～令和6年5月(4ヶ月)			—	—	