別記様式第１号

令和７年度滋賀県介護職員職場環境改善支援事業費補助金交付申請書

令和　　年　　月　　日

（宛先）

滋賀県知事 申請者　　法人住所

　　　　　法人名称

代表者職名

代表者氏名

令和７年度滋賀県介護職員職場環境改善支援事業費補助金について、下記により交付されるよう、滋賀県補助金等交付規則第３条の規定により、次の関係書類を添えて申請します。

なお、この申請に当たり同規則第４条第２項各号のいずれかに該当する事実が判明したときは、同規則第１６条の規定に基づき補助金等の交付の決定の全部または一部を取り消されても、何ら異議の申立てを行いません。

記

１　交付申請額　　金　　　　　　　　　　　　円

２　関係書類

(１) 所要額調書（別紙１）

（２） 事業計画書（別紙２）

（３） 補助事業に係る収支予算書（抄本）（別紙３）

（４） 見積書（写し）

（５） カタログ、通信環境整備の場合にあっては工事関係資料・図面等

（６） SECURITY ACTION自己宣言（写し）

（７） 専門相談会または個別対応時に配布される相談対応シート（写し）

（８） 業務改善計画様式

（９） 役員名簿

（10） 口座振込依頼書

（11） 委員会の設置状況が確認できる書類

（12） ケアプランデータ連携システムの利用申請（写し）

（13） ケアプランデータ連携システムの連携事業所が確認できる書類

（14） 申請月の従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表

（15） 参考様式１および２

※　(11)～(15)は該当する場合のみ

|  |
| --- |
| 【連絡先（文書送付先）】  事業所名：  郵便番号：  住所：  発行責任者氏名（ﾌﾙﾈｰﾑ）：  担当者氏名（ﾌﾙﾈｰﾑ）：  電話番号：  E-mail： |