（別紙様式２）

令和６年　　月　　日

熊本県知事　様

（法人名）

（代表者役職・氏名）

福祉・介護職員処遇改善支援事業補助金（障害分）の交付決定及び支払に係る

申請書兼請求書及び留意事項に対する同意書

標記について、別添「福祉・介護職員処遇改善臨時特例交付金計画書」等のとおり申請（請求）します。

なお、当該申請（請求）においては、福祉・介護職員処遇改善支援事業補助金の趣旨を理解し、下記の留意事項について同意します。

記

【留意事項】

・　本補助金は、対象期間内（令和６年２月～５月）において、毎月、障害福祉サービ

ス等報酬総額及び障害児施設措置費の請求をもって、報酬総額等が確定した段階で交

付されるが、事業終了後、あらかじめ定められた賃金改善実施期間内に実際に賃金改

善を行った額と交付額を比較し、交付額が上回った場合には、その余剰金を県に直接

返還することとなる。

・　補助金の算定根拠となる毎月の障害福祉サービス等報酬総額は、補助金対象事業者

が熊本県国民健康保険団体連合会（以下「県国保連」という。）へ送付した請求情報に

基づくものであり、補助金額は毎月の報酬総額により県国保連が算定した額となる。

　　なお、障害児入所施設等の障害児施設措置費については、児童相談所へ送付した請

求情報に基づき、算定される。

※申請（請求）者の押印を省略する場合

|  |  |
| --- | --- |
| 書類発行責任者氏名： | 連絡先（電話番号）： |
| 担　当　者　氏　名： | 連絡先（電話番号）： |