

外国人介護職員生活費等支援事業費補助金交付要綱

第1 趣旨

知事は、外国人介護職員生活費等支援事業を実施することにより、外国人介護職員の就労を支援する介護事業所を運営する法人の長に対し、予算の範囲内において、補助金を交付するものとし、その交付に関しては、静岡県補助金等交付規則（昭和31年静岡県規則第47号）及びこの要綱の定めるところによる。

第2 定義

- (1) この要綱において、「外国人介護職員生活費等支援事業」とは、介護保険法（平成9年法律第123号）に基づき指定を受けた別表1に掲げるサービスを提供する県内に所在する事業所（ただし、地方公共団体が設置し、かつ、運営しているものを除く。）が、外国人介護職員に対して別表2に掲げる経費を助成するものをいう。
- (2) この要綱において、「外国人介護職員」とは、県内に所在する介護事業所が、申請年度において日本国外から新たに入国して雇用を開始した又は雇用を開始する予定である介護職員（在留資格「介護」、在留資格「技能実習」又は在留資格「特定技能1号」を付与されるもの）のことをいう。

第3 補助対象経費及び補助（率）額

別表2のとおりとする。

第4 交付の申請

- (1) 提出書類 各1部
 - ア 交付申請書（様式第1号）
 - イ 補助金所要額調書（様式第2号）
 - ウ 事業対象となる外国人介護職員の状況一覧表（様式第3号）
 - エ 収支予算書（様式第4号）
- (2) 提出期限
別に定める日まで

第5 交付条件

次に掲げる事項は、交付の決定をする際の条件となるものとする。

- (1) 次に掲げる事項のいずれかに該当する場合には、あらかじめ知事の承認を受けなければならないこと。
 - ア 補助事業の内容の変更（軽微な変更を除く。）をしようとする場合
 - イ 補助事業に要する事業費の変更（20パーセント以下の変更を除く）をしようとする場合
 - ウ 補助事業を中止し、又は廃止しようとする場合
- (2) 補助事業が予定の期間内に完了しない場合又は補助事業の遂行が困難となった場合においては、速やかに知事に報告してその指示を受けなければならないこと。
- (3) 補助金の収支に関する帳簿を備え、領収書等関係書類を整理し、並びにこれら帳簿及び書類を補助金の交付を受けた年度終了後5年間保管しなければならないこと。

- (4) 補助事業の実施に当たり、外国人介護職員のプライバシーの保持に十分配慮するとともに、業務上知り得た個人情報、業務目的外で他に漏らしてはならないこと。
- (5) この補助金と対象経費を重複して、他の予算制度に基づく、負担又は補助を受けてはならないこと。
- (6) 補助の回数は、1事業所1回限りとする。

第6 変更の承認申請

- (1) 提出書類 各1部
 - ア 変更承認申請書（様式第5号）
 - イ 補助金所要額調書（様式第2号）
 - ウ 事業対象となる外国人介護職員の状況一覧表（様式第3号）
 - エ 変更収支予算書（様式第4号）
- (2) 提出期限
別に定める日まで

第7 実績報告

- (1) 提出書類 各1部
 - ア 実績報告書（様式第6号）
 - イ 補助金精算書（様式第2号）
 - ウ 事業対象となる外国人介護職員の状況一覧表（様式第3号）
 - エ 収支決算書（様式第4号）
- (2) 提出期限
事業完了の日から起算して30日を経過した日又は補助金の交付決定のあった日の属する年度の翌年度の4月10日のいずれか早い日まで

第8 請求の手続

- (1) 提出書類 各1部
請求書（様式第7号）
- (2) 提出期限
補助金交付確定通知書を受領した日から起算して10日以内

第9 その他

この要綱に定めるもののほか必要な事項については、別に定める。

附 則

この要綱は、令和 6 年度分の補助金から適用する。

附 則

この要綱は、令和 7 年度分の補助金から適用する。

この要綱の施行の際、改正前の要綱の規定により交付の決定があった補助金については、なお従前の例による。

別表 1

区 分	サービス種別
居宅サービス	通所介護 通所リハビリテーション 短期入所生活介護 短期入所療養介護 特定施設入居者生活介護
地域密着型サービス	地域密着型通所介護 認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 看護小規模多機能型居宅介護
施設サービス	介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護医療院
介護予防サービス	介護予防通所介護 介護予防通所リハビリテーション 介護予防短期入所生活介護 介護予防短期入所療養介護 介護予防特定施設入居者生活介護
地域密着型介護予防サービス	介護予防認知症対応型通所介護 介護予防小規模多機能型居宅介護 介護予防認知症対応型共同生活介護

別表 2

補助の対象	事業実施期間	基準額	補助率（額）
<p>(1) 外国人介護職員とのコミュニケーションを促進する取組に係る経費</p> <ul style="list-style-type: none"> ・雇用予定の外国人介護職員が母国を出国する前に雇用予定先の介護施設等とオンラインによる通話を行うために必要な経費 ・介護業務マニュアル（介護の手順、介護用語の統一化等）の作成等に必要な経費 ・介護業務マニュアルの翻訳に必要な経費 ・多言語翻訳機の購入又はリースに必要な経費 ・外国人介護職員の日本語学習支援（日本語講師による教育等）に必要な経費 ・外国人介護職員受入施設等の職員が、異文化理解を図るための教育・研修を受講又は実施するために必要な経費 ・外国人介護職員とのコミュニケーションの促進に資するような研修の受講経費 （例：介護技能実習評価試験の評価者養成講習、介護職種の技能実習指導員講習等） ・その他外国人介護職員とのコミュニケーションの促進に必要な経費 <p>(2) 外国人介護職員の生活支援に必要な取組に係る経費</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外国人介護職員の住居に係る経費（賃借料、共益費（管理費）、インターネット回線使用料、プロバイダ料金） ・その他外国人介護職員の生活支援等に必要な経費 <p>なお、自法人所有の住居に外国人介護人材を入居させる場合は、賃借料及び共益費（管理費）は補助対象としない。</p> <p>また、敷金、礼金、更新料は補助対象外とする。</p>	<p>補助金の交付決定の時期に関わらず、交付決定のあった日の属する年度の4月1日から3月31日までとする。</p>	<p>1事業所 当たり年 額30万円</p>	<p>補助の対象のうち、実際に要した額から消費税相当額を除いた額と基準額とを比較していずれか少ない方の額の3分の2以内を補助額とする。</p> <p>ただし、算出された額に、1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てる。</p>

様式第1号 (用紙 日本産業規格 A 4 縦型)

交付申請書
(外国人介護職員生活費等支援事業費補助金)

号
年 月 日

静岡県知事 氏 名 様

法人の所在地

法 人 名
代表者職・氏名

年度において外国人介護職員生活費等支援事業を実施したいので、補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

1 交付申請額

2 事業完了予定年月日

3 口座振替先

金融機関名

支店名

口座種別

口座番号

口座名義人

4 担当者

責任者 職・氏名

作成者 職・氏名

電話番号

メールアドレス

補助金所要額調書（補助金精算書）
（外国人介護職員生活費等支援事業費補助金）

事業所 No	事業所名	サービス種別 A	総事業費 （税抜） （円） B	寄付金 その他収入額 （円） C	補助対象経費 （円） D	対象経費の 3 分の 2 の額 （円） E	補助基準額 （円） F	補助所要額 （円） G
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
合計								

（注）

- 1 行が足りない場合は、行を追加すること。
- 2 各事業所における総事業費を示すものとして、次の(1)及び(2)の書類を添付する。
 - (1) 本事業に係る経費内訳を具体的に示すもの
 - (2) 事業対象経費の内訳（別紙 1）

事業対象経費の内訳

別紙 1

[illegible]

(注)

- 1 行が足りない場合は適宜追加すること。

事業対象となる外国人介護職員の状況一覧表

通し 番号	事業所 No	氏名 (カタカナ表記)	住所	生年月日 (年齢)	国籍	在留資格	在留期間 始期	在留期間 終期
人1								
人2								
人3								
人4								
人5								
人6								
人7								
人8								
人9								
人10								
人11								
人12								
人13								
人14								
人15								

(注)

- 1 行が足りない場合は適宜追加すること。
- 2 「在留資格」欄には、「介護」「技能実習」「特定技能1号」のいずれかを記載すること。
- 3 外国人介護職員について、次の(1)及び(2)の書類を添付する（雇用予定の外国人介護職員で交付申請時に添付できない場合には、実績報告時に添付）。
(1) 介護事業所を運営する法人と外国人介護職員との間で取り交わされた、**雇用契約を確認できる書類の写し**
(2) **在留カードの写し**

収支予算書（変更収支予算書、収支決算書）
（外国人介護職員生活費等支援事業費補助金）

1 収入の部

区分	予算額 (変更予算額) (決算額)	(予算額)	比 較		備 考
			増	△減	
	円	円	円	円	
計					

2 支出の部

区分	予算額 (変更予算額) (決算額)	(予算額)	比 較		備 考
			増	△減	
	円	円	円	円	
計					

様式第 5 号 (用紙 日本産業規格 A 4 縦型)

変更承認申請書
(外国人介護職員生活費等支援事業費補助金)

号
年 月 日

静岡県知事 氏 名 様

法人の所在地

法 人 名
代表者職・氏名

年 月 日 付け 第 号 により補助金の交付の決定を
受けた外国人介護職員生活費等支援事業の計画を次のとおり変更したいので、承認され
るよう関係書類を添えて申請します。

1 計画変更の理由

--

2 変更の内容

--

3 担当者

責任者 職・氏名

作成者 職・氏名

様式第 6 号 (用紙 日本産業規格 A 4 縦型)

実績報告書
(外国人介護職員生活費等支援事業費補助金)

号
年 月 日

静岡県知事 氏 名 様

法人の所在地

法 人 名
代表者職・氏名

年 月 日 付け 第 号 により補助金の交付の決定を
受けた外国人介護職員生活費等支援事業が完了したので、関係書類を添えて報告します。

(注) 以下の項目についても記載すること。

責任者 職・氏名

作成者 職・氏名

様式第7号 (用紙 日本産業規格 A 4 縦型)

請 求 書

(外国人介護職員生活費等支援事業費補助金)

金 円

ただし、 年 月 日 付け 第 号 により補助金の
交付の確定を受けた外国人介護職員生活費等支援事業の補助金として、上記の通り請求
します。

年 月 日

静岡県知事 氏 名 様

法人の所在地

法 人 名

代表者職・氏名

金融機関名 :

支店名 :

口座種別 :

口座番号 :

口座名義人 :

(注) 以下の項目についても記載すること。

責任者 職・氏名

作成者 職・氏名