

介護事業所の産休等代替職員制度補助金交付要綱

第1 趣旨

知事は、介護事業所の適正な運営を図るため、介護事業所の産休等代替職員制度実施要綱（平成29年3月31日付け福介第797号健康福祉部長通知。以下「実施要綱」という。）に基づき産休等代替職員を任用する介護事業所の設置者に対し、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 補助の対象及び補助率（額）

別表のとおりとする。

第3 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 事業計画書（様式第2号）
- ウ 産休等職員の出産予定日の記載のある妊娠証明書（産休の場合のみ）
- エ 療養に要する期間の記載のある医師の診断書（原則として病休の場合に該当する職員が当該傷病のため、継続して診療を受けている医療機関の医師によるものとする。）（病休の場合のみ）
- オ 受講研修名、受講者氏名、研修期間、研修課程の時間数及び研修実施機関名が記載された書面（研修受講の場合のみ）
- カ 休業期間中の賃金の支払いについて規定した就業規則の写し（産休の場合又は病休の場合のみ）

(2) 提出期限

別に定める日まで

第4 交付の条件

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 補助事業に要する経費の配分を増額しようとする場合
- 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。

第 5 変更交付の申請

提出書類 各 1 部

- ア 変更承認申請書（様式第 3 号）
- イ 変更事業計画書（様式第 2 号）

第 6 実績報告

(1) 提出書類 各 1 部

- ア 実績報告書（様式第 4 号）
- イ 事業実績書（様式第 5 号）
- ウ 産休等代替職員に係る雇用契約書
- エ 産休等職員と産休等代替職員の出勤簿の写し
- オ 出産証明書の写し（産休の場合のみ）
- カ 受講研修名、受講者氏名、研修期間、研修課程の時間数及び研修実施機関名が記載され、これを研修実施機関が証明した書面（研修受講の場合のみ）
- キ 産休等職員と産休等代替職員が賃金を受領したことを証明する書類の写し（産休の場合又は病休の場合のみ）
- ク 研修受講の場合にあっては、職務上の命令に基づき研修受講させたことが確認できる書類の写し

(2) 提出期限

事業完了の日から起算して 30 日以内又は補助金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 7 請求の手続

(1) 提出書類 1 部

請求書（様式第 6 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

附 則

この要綱は、平成 29 年度分の補助金から適用する。

附 則

この要綱は、令和 3 年度分の補助金から適用する。

別表

補助の対象			補助率(額)
事業の区分	経費	基準額	
1 産休代替職員雇上事業	介護事業所（地方公共団体が設置し、かつ、運営しているものを除く。）の長が産休等代替職員の任用に要した経費	1人当たり基準日額 5,920円×勤務日数（実施要綱第3(1)に規定する任用の期間において、産休等代替職員が介護事業所に実際に勤務した日数） ただし、交替制勤務により運営している介護事業所においては、給与規程等に定めのある夜間勤務に係る手当の額の範囲内で、夜勤1回当たり3,000円を上限に、基準日額に加えることができる。	経費欄に掲げる経費の実支出額と基準額欄に掲げる基準額とを比較していずれか少ない額の10分の10以内
2 病休代替職員雇上事業			
3 研修受講代替職員雇上事業			

様式第1号（用紙 日本産業規格A4縦型）

介護事業所の産休等代替職員制度補助金交付申請書

第 号
年 月 日

静岡県知事 氏 名 様

所 在 地
名 称
代表者職・氏名

年度において介護職員産休等代替職員雇上補助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。

交付申請額

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（カナ）

（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3号（用紙 日本産業規格A4縦型）

介護事業所の産休等代替職員制度補助金事業計画変更承認申請書

第 号
年 月 日

静岡県知事 氏 名 様

所 在 地
名 称
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介護職員産休等代替職員雇上補助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

（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4号（用紙 日本産業規格A4縦型）

介護事業所の産休等代替職員制度補助金実績報告書

第 号
年 月 日

静岡県知事 氏 名 様

所 在 地
名 称
代表者職・氏名

年 月 日付け 第 号により交付の決定を受けた標記補助金に係る事業の実績について
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6号（用紙 日本産業規格A4縦型）

請 求 書

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介護事業所の産休等代替職員制度補助金として、上記のとおり請求します。

年 月 日

静岡県知事 氏 名 様

所 在 地
名 称
代表者職・氏名

（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