

横浜市新規相談支援専門員配置等補助金 提出書類一覧

交 付 申 請		
第1号様式	交付申請書	押印は不要です。
第2号様式	相談支援専門員の配置状況報告書	
	相談支援専門員の実務経験証明書の写し	補助金交付対象の方のもの。
	相談支援専門員の初任者研修修了証の写し	補助金交付対象の方のもの。
	相談支援専門員の現任研修修了証の写し【該当者のみ】	補助金交付対象で現任研修受講該当の方は、現任研修修了証の写しも合わせて提出してください。
第5号様式	交付申請取下届出書	交付決定通知を受理後、申請を取り下げる場合に使用

実 績 報 告		
第6号様式	実績報告書	押印は不要です。
第7号様式	相談支援事業実施状況報告書	
	相談支援専門員の雇用期間中に支払った賃金の総額がわかる書類	補助金交付対象の方のもの。

請 求		
第9号様式	請求書	補助金額確定通知書を受理後、提出してください。
	振込先がわかる資料（通帳の写し等）	

横浜市新規相談支援専門員配置等補助金交付申請書

(申請先)
横浜市長

(申請者)
所在地 横浜市中区本町1-2-3
法人名 株式会社●●
代表者職名及び氏名 代表取締役●●●●
担当者氏名・連絡先 ▲▲ ▲▲
電話： 045-123-4567
メールアドレス ●●@abc.jp

横浜市新規相談支援専門員配置等補助金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、補助金の交付を受けるにあたっては、横浜市補助金等の交付に関する規則（平成17年11月30日横浜市規則第139号）及び横浜市新規相談支援専門員配置等補助金交付要綱を遵守します。

1 交付申請額 300,000 円

2 申請対象の相談支援事業所

事業所番号	相談支援事業所名
指定年月日	
1430*****	相談支援事業所●●●
●年●月●日	

3 申請対象の相談支援専門員と契約件数

対象となる相談支援専門員		配置日後の事業所 全体の新規契約 予定件数
氏名	配置日	
◆◆◆◆	令和5年●月●日	50 件

4 添付書類

- 相談支援専門員の配置状況報告書（第2号様式）
- 配置等補助金の交付対象となる相談支援専門員の実務経験証明書の写し
- 配置等補助金の交付対象となる相談支援専門員の初任者研修の修了証の写し
- 配置等補助金の交付対象となる相談支援専門員の現任研修の修了証の写し【該当者のみ】

【誓約】申請書等の記載内容に虚偽はありません。虚偽であることが判明した場合や、交付要件に該当しないことが判明した場合には、当該補助金を返還します。

施設・事業所名： 相談支援事業所●●●
代表者職氏名： 株式会社●● 代表取締役●●●●

相談支援専門員の配置状況報告書

事業所名	相談支援事業所●●●
------	------------

① 配置等補助費の対象となる相談支援専門員を配置する直前の月の相談支援専門員の配置状況（全員分）

令和 5年●月 営業時間 9時 ~ 17時

相談支援専門員氏名	勤務形態	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数	
		日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27				28
		曜日	月	火	水	木	金			月	火	水	木	金			月	火	水	木	金			月	火	水	木	金					
●●●●	常勤兼務	○	○	○	○	○			○	○	○	○	○			○	○	○	○	○			○	○	○	○	○			160	40.0	1.0	
▲▲▲▲	非常勤専従	○	○	○	○	○			○	○	○	○	○			○	○	○	○	○			○	○	○	○	○			80	20.0	0.5	
																														0	0.0	0.0	
																														0	0.0	0.0	
																														0	0.0	0.0	
合計																														240	60.0		
当該事業所・施設において常勤職員が1週間に勤務すべき時間数															40																		

② 申請日時点の月相談支援専門員の配置状況（全員分）

令和 5年●月 営業時間 9時 ~ 17時

相談支援専門員氏名	勤務形態	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数	
		日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27				28
		曜日	月	火	水	木	金			月	火	水	木	金			月	火	水	木	金			月	火	水	木	金					
●●●●	常勤兼務	○	○	○	○	○			○	○	○	○	○			○	○	○	○	○			○	○	○	○	○			160	40.0	1.0	
▲▲▲▲	非常勤専従	○	○	○	○	○			○	○	○	○	○			○	○	○	○	○			○	○	○	○	○			80	20.0	0.5	
◆◆◆◆	常勤専従	○	○	○	○	○			○	○	○	○	○			○	○	○	○	○			○	○	○	○	○			160	40.0	1.0	
																														0	0.0	0.0	
																														0	0.0	0.0	
合計																														400	100.0		
当該事業所・施設において常勤職員が1週間に勤務すべき時間数															40																		

注)

「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを選択し、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。

横浜市新規相談支援専門員配置等補助金実績報告書

（報告先）

横浜市長

（申請者）

所在地 横浜市中区本町1-2-3

法人名 株式会社●●

代表者職名及び氏名 代表取締役●●●●

担当者氏名・連絡先 ●●●●

電話 045-123-4567

メールアドレス ●●@abc.jp

既通知「補助金交付決定通知書の文書番号」を記載

令和●年●月●日健障推第●●●●号により交付決定を受けた横浜市新規相談支援専門員配置等補助金に関する事業実績について、次の関係書類を添えて報告します。

1 相談支援事業所名 相談支援事業所●●●

2 交付確定金額 300,000 円

3 申請対象の相談支援専門員と契約件数

対象となる相談支援専門員		配置日後の事業所全体の新規契約件数	配置日後の事業所全体の契約終了件数
氏名	配置日		
◆◆◆◆	令和5年●月●日	31 件	1 件

4 添付書類

(1) 相談支援事業実施状況報告書（第7号様式）

(2) 対象となる相談支援専門員の雇用期間中に支払った賃金の総額がわかる書類

【誓約】上記の記載内容に虚偽はありません。虚偽であることが判明した場合や、交付要件に該当しないことが判明した場合には、当該補助金を返還します。

施設・事業所名： 相談支援事業所●●●

代表者職氏名： 株式会社●● 代表取締役●●●●

相談支援事業実施状況報告書

法人名 株式会社●●●
事業所名 相談支援事業所●●●●

	新規契約者 受給者番号	契約締結日	引継ぎ元事業所名 (該当の場合は記載)		新規契約者 受給者番号	契約締結日	引継ぎ元事業所名 (該当の場合は記載)
1	1234567890	令和5年●月●日		31	1234567920	令和6年●月●日	
2	1234567891	令和5年●月●日	◇◇相談事業所	32			
3	1234567892	令和5年●月●日		33			
4	1234567893	令和5年●月●日		34			
5	1234567894	令和5年●月●日		35			
6	1234567895	令和5年●月●日					
7	1234567896	令和5年●月●日					
8	1234567897	令和5年●月●日					
9	1234567898	令和5年●月●日					
10	1234567899	令和5年●月●日					
11	1234567900	令和5年●月●日					
12	1234567901	令和5年●月●日					
13	1234567902	令和5年●月●日					
14	1234567903	令和5年●月●日					
15	1234567904	令和5年●月●日					
16	1234567905	令和5年●月●日					
17	1234567906	令和5年●月●日					
18	1234567907	令和5年●月●日					
19	1234567908	令和5年●月●日					
20	1234567909	令和5年●月●日					
21	1234567910	令和5年●月●日					
22	1234567911	令和5年●月●日					
23	1234567912	令和5年●月●日					
24	1234567913	令和5年●月●日					
25	1234567914	令和5年●月●日					
26	1234567915	令和5年●月●日					
27	1234567916	令和5年●月●日					
28	1234567917	令和6年●月●日					
29	1234567918	令和6年●月●日					
30	1234567919	令和6年●月●日					

※補助金交付要件の対象となる新規契約者について記載してください。

	契約終了者 受給者番号	契約終了日	引継ぎ先事業所名 (該当の場合は記載)		契約終了者 受給者番号	契約終了日	引継ぎ先事業所名 (該当の場合は記載)
1	1234567921	令和6年●月●日	◇◇相談事業所	6			
2				7			
3				8			
4				9			
5				10			

※配置日後に契約終了（事業所変更、セルフプラン切替、死亡、介護保険移行等）があった場合について記載してください。

横浜市新規相談支援専門員配置等補助金請求書

横浜市長

所在地 横浜市中区本町1-2-3
法人名 株式会社●●●
代表職名及び氏名 代表取締役●●●●●

既通知「補助金額確定通知書の文書番号」を記載

令和●●年●●月●●日健障推第●●●●号により補助金額の確定通知があった、横浜市新規相談支援専門員配置等補助金を、次のとおり請求します。

- 事業所名 相談支援事業所●●●●
- 補助金請求額 300,000 円
- 振込先口座

銀行名	●●銀行
支店名	●●支店
預金種目	普通
口座番号	12345678
口座名義人（フリガナ）	●● ●●
口座名義人	●● ●●

※法人の口座以外に振込を希望する場合は、委任状が必要です。

（留意事項）

本様式は、押印省略可能。
ただし、請求委任や受領委任を行う場合（「請求者」が「債権者」以外。または「口座名義人」が「請求者」以外）は、委任状を添付し、押印は、省略できません。