（別紙様式１）

令和７年４月　　日

熊本県知事　様

（法人名）

（代表者役職・氏名）

熊本県障害福祉人材確保・職場環境改善等事業補助金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「障害福祉人材確保・職場環境改善等事業補助金計画書」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、熊本県障害福祉人材確保・職場環境改善等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、基準月（令和６年１２月～令和７年３月）のうち、事業所等が指定した月の障害福祉サービス等報酬総額及び障害児施設措置費等の請求をもって、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基準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、補助金額は基準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等については、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）： |