

令和 7 年度大津市訪問介護等サービス提供体制確保支援事業  
(ホームヘルパー同行支援) 補助金交付申請書

令和〇年〇〇月〇〇日

(宛先)

大津市長

※申請者は法人名になりますが、法人に複数の  
訪問介護等事業所がある場合は、その事業所ご  
とに申請書を作成してください。

申請者 所在地 大津市■■■■  
法人名 株式会社 ○○○○  
職・氏名 代表取締役 ▲▲ ▲▲

大津市補助金等交付規則第 4 条第 1 項の規定により、令和 7 年度大津市訪問介護等サ  
ービス提供体制確保支援事業（ホームヘルパー同行支援）補助金の交付について次のとおり  
申請します。

|                             |                                                                                     |                      |                    |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------|
| 補 助 事 業 の 名 称               | 訪問介護等サービス提供体制確保支援事業<br>(ホームヘルパー同行支援)                                                |                      |                    |
| 補助事業の目的及び内容                 | 訪問介護等サービスで新人職員等の技能・技術の向上のため、経験年数の長い職員が同行訪問して指導することで、安心して働き続けられる環境整備し、新人職員等の定着につなげる。 |                      |                    |
| 交 付 申 請 金 額                 | 7 5 , 0 0 0 円                                                                       |                      |                    |
| 補助事業の着手（予定）<br>年月日及び完了予定年月日 | 着 手                                                                                 | 令和 7 年               | 6 月 3 日            |
|                             | 完 了                                                                                 | 令和 7 年               | 1 0 月 3 1 日        |
| 担 当 者 連 絡 先                 | 氏名                                                                                  | ■■■■                 | 電話番号 ■■■-■■■■-■■■■ |
|                             | メールアドレス                                                                             | 9999999@****. **. jp |                    |
| 添 付 書 類                     | 事業計画書（様式第 2 号）                                                                      |                      |                    |

事業計画書の予定回数に  
2,500円をかけた金額を記入

事業計画書から転記

事業計画書

法人名 株式会社 ○○○○

事業所名 ○○○○訪問介護事業所

1 事業実施期間

令和 7 年 6 月 3 日 から  
令和 7 年 10 月 31 日 まで

着手は6月1日以降の初めの同行日を  
完了は最終同行日を記入します

2 同行を受ける職員の人数

2 人

3 同行を受ける職員の氏名・採用年月日及び同行訪問の予定回数

| No. | 職 員 名 | 採用年月日           | 同行支援開始<br>時の訪問介護<br>の従事月数 | 同行訪問の<br>予定回数 |
|-----|-------|-----------------|---------------------------|---------------|
| 1   | ○○ ○○ | 令和 6 年 11 月 1 日 | 7 月                       | 10 回          |
| 2   | △ △△△ | 令和 7 年 7 月 1 日  | 0 月                       | 20 回          |
| 3   |       | 令和 年 月 日        |                           | 回             |
| 4   |       | 令和 年 月 日        |                           | 回             |
| 5   |       | 令和 年 月 日        |                           | 回             |
| 計   |       |                 |                           | 30 回          |

※事業所ごとの予定訪問回数の合計は最大 30 回までです。

※まずは職員ごとの同行計画を作成します。

同行支援回数を数え、同行訪問の予定回数に記入してください。（同行計画は提出不要  
です。事業所で保管してください）

※「同行支援開始時の訪問介護の従事月数」は、補助対象とする同行訪問までの訪問業務  
への従事期間を記入してください。