

平成31年度 福祉助成金募集要項

応募期間

平成30年10月1日から平成30年11月30日まで
(当日消印有効)

ヤマト福祉財団は、障がいのある方々の収入が増えれば豊かで幸せな人生の夢が実現すると信じ、福祉施設が「経済的自立力」を兼ね備えることが、障がい者の望む「夢の福祉」であると考えています。

そこでヤマト福祉財団は、福祉施設の方々へのお手伝いとして、「経済的自立力」向上のため新規事業の立上げや生産性向上に必要な設備や機器の購入を支援する助成金事業と障がいのある方々の福祉増進を目的とした事業活動を支援する助成金事業を行っています。

応募される施設・団体は、本募集要項をご精読のうえ、希望の助成金申請書に記入し、期限までに提出してください。

公益財団法人ヤマト福祉財団

I. 障がい者給料増額支援助成金

1. ジャンプアップ助成金

すでに障がい者の給料増額に一定の実績がある施設・事業所に対し、さらに多くの給料を支払うための事業資金として定額500万円を助成します。

(1) 募集内容

- ① 助成金額 定額500万円
- ② 助成件数 10件程度
- ③ 助成対象事業

○障がい者の給料増額のモデルとなる本格的なしくみを取り入れた事業

○総事業費600万円以上^{*1}の事業を対象にします

○現在ある備品等の代替費用および材料費等の消耗品は対象になりません

(2) 応募要件

- ① 平均給料一人当たり既に月額2万円以上（就労継続支援A型事業所は月額8万円以上）支給していること。^{*2}
- ② 平成29（2017）年4月から1年間の給料支給実績がない事業所・施設は対象になりません
- ③ 2020年2月末日までに事業を完了し、助成金を受給すること
- ④ 助成対象となる事業所・施設

○就労継続支援A型事業所、就労継続支援B型事業所、生活介護事業所、地域活動支援センター

○最低賃金減額特例許可申請施設は応募対象外です

※1 差額は自己資金とし、地元の信用金庫等から融資を受ける事業を最優先に助成します

※2 年間給料総支給額÷（期末在籍数×12ヵ月）

年間給料総支給額÷（期末定員数×12ヵ月）

どちらかで試算した月額平均給料が2万円以上（就労継続支援A型事業所は8万円以上）支給していれば可

2. ステップアップ助成金

ステップアップ助成金は、障がい者の給料増額に努力し、全国平均以上の給料支給実績がある施設・事業所に対し、さらに多くの給料を支払うための事業資金として上限200万円を助成します。

(1) 募集内容

- ① 助成金額 上限 200万円
- ② 助成件数 20件程度
- ③ 助成対象事業

○障がい者の給料増額に効果的な事業、設備に限ります

○現在ある備品等の代替費用および材料などの消耗品は対象になりません

(2) 応募要件

- ① 厚生労働省が発表した平成28年度全国平均工賃月額15,295円以上（就労継続支援A型事業所は70,720円以上）を支給していること。^{*3}
- ② 平成29（2017）年4月から1年間の給料支給実績がない事業所・施設は対象になりません
- ③ 2020年2月末日までに事業を完了し、助成金を受給すること
- ④ 助成対象となる事業所・施設

○就労継続支援A型事業所、就労継続支援B型事業所、生活介護事業所、地域活動支援センター

○最低賃金減額特例許可申請施設は応募対象外です

※3 年間給料総支給額÷（期末在籍数×12ヵ月）

年間給料総支給額÷（期末定員数×12ヵ月）

どちらかで試算した月額平均給料が15,295円以上（就労継続支援A型事業所は70,720円以上）支給していれば可

■ II. 障がい者福祉助成金

下記の助成対象事業に該当する助成金を「障がい者福祉助成金」とします。対象となる事業を一つ選択して応募してください。

(1) 募集内容

- ① 助成総額 1,000万円 1件あたり 最大 100万円
- ② 助成対象事業
会議・講演会・研修・出版・啓発・調査・研究・スポーツ・文化の事業等

(2) 応募要件

- ① 2020年2月末日までに完了する事業に限ります
- ② 波及効果の望める事業を優先します

■ III. 応募方法 (以下の書類を揃えて提出してください)

(1) 障がい者給料増額支援助成金を申請する施設・事業所

- ① 「1. ジャンプアップ助成金申請書」あるいは「2. ステップアップ助成金申請書」
- ② 企画書(書式自由 具体的な売上・給料増額計画をA4用紙3枚程度にまとめたもの)
- ③ 「障がい者給料増額支援助成金 添付資料No.1、No.2」
(平成29(2017)年度の収入・給料支給実績、平成30(2018)年度の収入・給料支給の見通し、平成31(2019)年度と2020年度の収入・給料支給計画)
- ④ 平成29(2017)年度工賃実績報告書のコピー(利用者の給料支給実績を都道府県へ提出している事業所)提出していない事業所は平成29(2017)年度の給料総支給額と定員数がわかる書類のコピー
- ⑤ 平成29(2017)年度収支決算書コピー(就労支援会計と福社会計の収支が記載されたもの)
- ⑥ 見積書・パンフレットなど価格のわかる資料

(2) 障がい者福祉助成金を申請する団体・事業所

- ① 「3. 障がい者福祉助成金申請書」
- ② 企画書・スケジュール・費用積算表(書式自由、A4用紙に限ります)

■ IV. 応募期間

平成30年10月1日(月)～平成30年11月30日(金)(当日消印有効)

■ V. 選考結果の通知

平成31年3月開催予定の選考委員会で決定し、その結果を文書にて通知します
(ホームページに掲載)

■ VI. 提出・問い合わせ先等

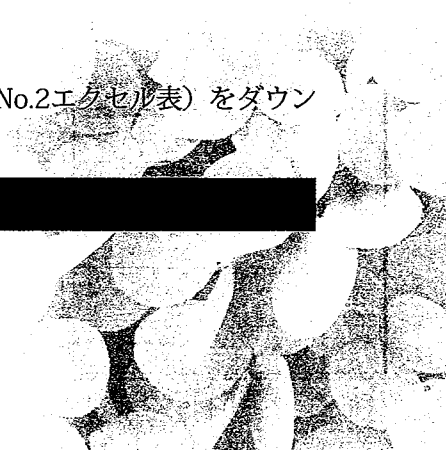
提出先

郵便番号 104-0061
住 所 東京都中央区銀座2-12-18ヤマト銀座ビル7階
公益財団法人ヤマト福祉財団 助成金事務局あて

問い合わせ先

TEL 03-3248-0691
FAX 03-3542-5165
公益財団法人ヤマト福祉財団 助成金事務局
当財団のホームページからも応募様式(申請書PDF、添付資料No.1・No.2エクセル表)をダウンロードできます

<http://www.yamato-fukushi.jp/>



1. ジャンプアップ助成金 / 2. ステップアップ助成金 申請書 (2. 記入例)

受付番号	2-
------	----

申請する団体・事業所概要 (必要事項をすべて記入の事)

平成 30年 10月 1日

運営母体 (法人名)	ふりがな NPOほうじんやまとふくしかい NPO法人ヤマト福社会	代表者名	役職・ふりがな りじちよう たなかいちろう 理事長 田中 一郎 印			
申請する 団体・事業所	ふりがな やまとふくしざぎょうしょ ヤマト福祉作業所	責任者名	役職・ふりがな しょちょう やまとたろう 所長 大和 太郎 印			
申請先所在地	郵便番号 104 - 0061 ふりがな とうきょうとちゅうおうくぎんざ2-12-18 ヤマトぎんざビル 東京 都道府県 中央区銀座2-12-18 ヤマト銀座ビル 7階					
電話番号	03-3248-0691	連絡担当者名	役職名・ふりがな ふくしちょう すずきじろう 副所長 鈴木 二郎 印			
FAX	03-3542-5165					
メールアドレス	y.zaidan@yamatofukushizaidan.or.jp					
開設年月	昭和 <u>平成</u> 18年 4月	総職員数	常勤職員 7名 非常勤職員 2名			
※事業形態と 利用者数	①継続A型 8名 ②継続B型 15名 ③生活介護支援 名 ④地域活動支援 名 ⑤その他 () 名 合計人数 23名					
利用者種別	①知的 ②精神 ③身体 <u>④混合</u> ⑤その他	福祉サービス等 の収入	47,500千円			
		事業による 収入総額	18,000千円			
事業形態	④年間給料総支給額	⑥定員数	20			
		⑦延人数	⑧×12 240			
継続B型	3,696,000円	⑨在籍数	15			
		⑩延人数	⑪×12 180			
		⑫1人当平均	⑬÷⑩ 15,400			
		⑭1人当平均	⑮÷⑪ 20,533			
事業所の活動内容						
A型事業所とB型事業所でクリーニング事業を行っています。A型事業所の利用者はクリーニング事業の主工程である洗濯・乾燥・アイロンがけを行っています。						
B型事業所の利用者は洗濯物のたたみ等の補助と部品組み立て作業を行っている。						
事業計画名	私物クリーニング事業収入拡大計画					
助成金の使途	私物用クリーニング乾燥機購入資金					
事業企画の概要 (企画書の概要を簡潔に記入)						
目的と手段、期限を明確にした具体的な販売計画、製造計画、資金計画等の概略を作成してください。						
例えば、以下のような内容を作成						
1.現在行っている事業はどんな事業か、何をやって誰にどれ位販売しているか、その結果幾ら給料を支払っているか そもそも何故その事業を開始、継続しているか また、その問題点と今回の事業計画作成までの経緯						
2.今回の事業計画を進めることにより、何がどうなってどのような効果が期待できるのか						
3.この事業計画の具体的な内容と助成金の具体的な資金使途について						
4.計画の時間軸、目標は何時までに何をどうするのか など.....						
事業の 資金計画	支出の内容	金額 (万円)	支出の内容	金額 (万円)	1. 自己資本	150万円
	1 私物乾燥機	350	5		2. 公的資金	万円
	2		6		3. 借入による資金	万円
	3		7		4. 希望する助成金額	200万円
	4			※事業費総額 (1~7)	350万円	※資金計 (1~4)

注1) ※事業費総額と※資金計は同額とすること。 注2) ※見積書or価格表を添付のこと。

※) 財団記入

受付番号 3-

3. 障がい者福祉助成金 申請書 (記入例)

※別紙への記載は不可。この用紙の中にすべて記入してください。

平成 30 年 10 月 1 日

法人名 (運営母体名)	ふりがな NPOほうじんやまとふくしきょうかい NPO法人ヤマト福祉協会		代表者名	ふりがな りじちよう たなかいちろう 理事長 田中 一郎 印							
申請する 団体・事業所	ふりがな やまとふくしかい ヤマト福祉会		申請団体の 連絡責任者	ふりがな じむちよう すずきじろう 事務長 鈴木 二郎 印							
申請団体の 所在地	〒104-0061 電話 03(3248)0691 FAX 03(3542)5165 携帯電話 010-1111-1111 東京 都道府県 中央区銀座2-12-18 ヤマト銀座ビル 7階										
申請団体・事業所の概要	開設年月	昭和 平成	15 年	4 月	開設年月	昭和 平成	15 年	4 月			
	職員数	常勤職員	3 名	非常勤職員	5 名	総利用者数 (登録者数)	1,650 名				
	利用者数 (登録者数)	850 名					総職員数	常勤職員	3 名	非常勤	8 名
	利用者の主な種別	①知的障がい	②精神障がい		運営する事業所数				2ヶ所		
	③身体障がい	④障がいの混合	⑤その他 ()		正味財産	150,000 千円					
	年間総収入額	福祉サービス等の報酬による収入	事業による収入総額		年間総収入額	福祉サービス等の報酬による収入	事業による収入総額				
	9,000 千円	0 千円	0 千円		80,000 千円	0 千円	0 千円				
主な事業の概要 メインとなる事業・平時の活動などを記入											
該当する項目1つを選び、○で囲んでください。 助成対象事業 ・会議 <input checked="" type="radio"/> 講演会 ・研修 ・出版 ・啓発 ・調査 ・研究 ・スポーツ ・文化											
助成を希望する事業名 (タイトル・イベント名称) 第××回×××大会 「全国の集い」											
申請事業の企画内容・スケジュール いつ・どこで・だれが・なにを・どうするのかをはっきりと明記し 事業を行う事で、どの様な効果があるのかを具体的に記入											
事業の資金計画	支出の内容	金額 (万円)	支出の内容	金額 (万円)	1. 自己資本	45 万円					
	1 資料費	25	5		2. 公的資金	万円					
	2 広報費	20	6		3. 借入による資金	万円					
	3 会場費	70	7		4. 希望する助成金額	100 万円					
	4 機材費	30	※事業費総額(1~7)		145 万円	※資金計 (1~4)	145 万円				

注1) ※事業費総額と※資金計は同額とすること。

※) 財団記入

1. ジャンプアップ助成金 申請書

受付番号	1-
------	----

申請する団体・事業所概要 (必要事項をすべて記入の事)

平成 年 月 日

運営母体 (法人名)	ふりがな	代表者名	役職・ふりがな	印
申請する 団体・事業所	ふりがな	責任者名	役職・ふりがな	印
申請先所在地	郵便番号 - ふりがな 都道府県			
電話番号		連絡担当者名	役職名・ふりがな	印
FAX				
メールアドレス				
開設年月	昭和 平成	年	月	総職員数 常勤職員 名 非常勤職員 名
※事業形態と 利用者数	①継続A型 名 ②継続B型 名 ③生活介護支援 名			
	④地域活動支援 名 ⑤その他 () 名 合計人数 名			
利用者種別	①知的 ②精神 ③身体 ④混合 ⑤その他	福祉サービス等 の収入	千円	事業による 収入総額
事業形態	①年間給料総支給額	②定員数	③延人数 ④×12	⑤1人当平均 ①÷③
		⑥在籍数	⑦延人数 ⑧×12	⑨1人当平均 ①÷⑦
事業所の活動内容				
事業計画名				
助成金の使途				
事業企画の概要 (企画書の概要を簡潔に記入)				
事業の 資金計画	支出の内容	金額 (万円)	支出の内容	金額 (万円)
	1		5	1. 自己資本 万円
	2		6	2. 公的資金 万円
	3		7	3. 借入による資金 万円
	4		※事業費総額 (1~7)	万円 4. 希望する助成金額 万円
			※資金計 (1~4)	万円

注1) ※事業費総額と※資金計は同額とすること。 注2) ※見積書or価格表を添付のこと。

切り取り

※) 財団記入

受付番号	2-
------	----

2. ステップアップ助成金 申請書

申請する団体・事業所概要 (必要事項をすべて記入の事)

平成 年 月 日

運営母体 (法人名)	ふりがな	代表者名	役職・ふりがな	印		
申請する 団体・事業所	ふりがな	責任者名	役職・ふりがな	印		
申請先所在地	郵便番号 - ふりがな 都道府県					
電話番号		連絡担当者名	役職名・ふりがな	印		
FAX						
メールアドレス						
開設年月	昭和 年 月 平成	総職員数	常勤職員 名	非常勤職員 名		
※事業形態と 利用者数	①継続A型 名 ②継続B型 名 ③生活介護支援 名					
	④地域活動支援 名 ⑤その他 () 名			合計人数 名		
利用者種別	①知的 ②精神 ③身体 ④混合 ⑤その他	福祉サービス等 の収入	千円	事業による 収入総額	千円	
事業形態	③年間給料総支給額	⑥定員数	⑦延人数	⑧1人当平均	③÷⑦	
		⑥在籍数	⑦延人数	⑧1人当平均	③÷⑦	
事業所の活動内容						
事業計画名						
助成金の用途						
事業企画の概要 (企画書の概要を簡潔に記入)						
事業の 資金計画	支出の内容	金額 (万円)	支出の内容	金額 (万円)	1. 自己資本	万円
	1		5		2. 公的資金	万円
	2		6		3. 借入による資金	万円
	3		7		4. 希望する助成金額	万円
	4		※事業費総額(1~7)		万円	※資金計 (1~4)

注1) ※事業費総額と※資金計は同額とすること。 注2) ※見積書or価格表を添付のこと。

3. 障がい者福祉助成金 申請書

※) 財団記入

受付番号	3-
------	----

※別紙への記載は不可。この用紙の中にすべて記入してください。

平成 年 月 日

法人名 (運営母体名)		ふりがな		代表者名		ふりがな		印						
申請する 団体・事業所		ふりがな		申請団体の 連絡責任者		ふりがな		印						
申請団体の 所在地		〒		電話 ()		FAX ()		携帯電話						
申請団体・事業所の概要	開設年月	昭和 平成	年	月	開設年月	昭和 平成	年	月	運営母体全体の概要					
	職員数	常勤職員	名	非常勤職員	名	総利用者数(登録者数)				名				
	利用者数(登録者数)				名					総職員数	常勤職員	名	非常勤	名
	利用者の主な種別		①知的障がい		②精神障がい		運営する事業所数			ヶ所				
	③身体障がい		④障がいの混合		⑤その他()		正味財産			千円				
	年間総収入額		福祉サービス等の 報酬による収入		事業による 収入総額		年間総収入額			福祉サービス等の 報酬による収入	事業による 収入総額			
	千円		千円		千円		千円			千円	千円			
	主な事業の概要													
	該当する項目1つを選び、○で囲んでください。 助成対象事業 ・会議 ・講演会 ・研修 ・出版 ・啓発 ・調査 ・研究 ・スポーツ ・文化 助成を希望する事業名(タイトル・イベント名称)													
	申請事業の企画内容・スケジュール													
事業の資金計画	支出の内容	金額(万円)	支出の内容	金額(万円)	1.自己資本		万円							
	1		5		2.公的資金		万円							
	2		6		3.借入による資金		万円							
	3		7		4.希望する助成金額		万円							
	4		※事業費総額(1~7)	万円	※資金計(1~4)		万円							

注1) ※事業費総額と※資金計は同額とすること。

障がい者給料増額支援助成金 添付資料 No.1

事業所名：

項 目		2017年度実績	2018年度計画	2019年度計画	2020年度計画
売 上 高	A 型				
	B 型				
	そ の 他				
	全 体				
給 料 支 給 額	A 型				
	B 型				
	そ の 他				
	合 計				
定 員 数	A 型				
	B 型				
	そ の 他				
	合 計				
平 均 給 料 月 額 (<u>定員</u>)	A 型				
	B 型				
	そ の 他				
	合 計				
在 籍 数	A 型				
	B 型				
	そ の 他				
	合 計				
平 均 給 料 月 額 (<u>在籍</u>)	A 型				
	B 型				
	そ の 他				
	合 計				

※この報告用紙NO.1は NO.2の数字から該当箇所に転記してください。

※計画は提出時点での計画を記入してください。

※人数は各期末（3月）の定員数と在籍数を記入してください。

※利用者給料支給額は年間合計金額を記入してください。

※平均給料月額（定員）は定員数で計算してください。給料支給額÷期末定員数×12

※平均給料月額（在籍）は在籍数で計算してください。給料支給額÷期末在籍数×12

障がい者給料増額支援助成金 添付資料No.2

事業所名：

事業計画名：概要				
----------	--	--	--	--

科目(項目)		2017年度実績	2018年度計画	2019年度計画	2020年度計画
	1				
	2				
	3				
	4				
収入合計 ※5					
原 価	材料費 6				
	商品仕入れ 7				
	立替送料 8				
	原価合計 ※9				
売上総利益(粗利益) ※10					
経 費	地代・賃料 11				
	消耗品費 12				
	燃料費 13				
	器具什器費 14				
	通信運搬費 15				
	図書印刷費 16				
	水道光熱費 17				
	雑費 18				
	その他 19				
経費合計 ※20					
給料支払原資 ※21					
利用者給料支給額 ※22					
定員数 ※23					
在籍数 ※24					
一人当り月額給料(定員) ※25					
一人当り月額給料(在籍) ※26					

※5 収入は部門別売上1～4の合計です。

※9 原価は6～8の合計です。不足の場合は行を増やしてください。

※10 売上総利益(粗利)は5収入-9原価です。

※20 人件費以外の経費合計です。不足の場合は行を増やしてください。

※21 給料支払原資は10売上総利益-20経費計です。

※22 利用者給料支給額は1年間の給料支給合計額です。

※22 利用者給料支給額は給料支払原資以下の数字になるはずです。

※23 期末の定員人数です。(支給累計人数ではありません)

※24 期末の在籍人数です。(支給累計人数ではありません)

※25 一人当り月額給料(定員)は22給料支給額÷23期末定員数÷12月です。

※26 一人当り月額給料(在籍)は22給料支給額÷24期末在籍数÷12月です。

(便宜上の一人当たり給料月額平均を出すため、累計人数は使いません)

障がい者給料増額支援助成金 添付資料 No.1 記入例

事業所名： ヤマト福祉作業所

項 目		2017年度実績	2018年度計画	2019年度計画	2020年度計画
売 上 高	A 型	12,000,000	12,000,000	12,500,000	12,500,000
	B 型	6,000,000	6,500,000	7,800,000	8,500,000
	そ の 他				
	全 体	18,000,000	18,500,000	20,300,000	21,000,000
給 料 支 給 額	A 型	7,800,000	7,800,000	8,400,000	8,400,000
	B 型	3,696,000	3,720,000	4,620,000	5,148,000
	そ の 他				
	合 計	11,496,000	11,520,000	13,020,000	13,548,000
定 員 数	A 型	10	10	10	10
	B 型	20	20	22	22
	そ の 他				
	合 計	30	30	32	32
平 均 給 料 月 額 (定 員)	A 型	65,000	65,000	70,000	70,000
	B 型	15,400	15,500	17,500	19,500
	そ の 他				
	合 計	31,933	32,000	33,906	35,281
在 籍 数	A 型	8	8	8	8
	B 型	15	15	18	18
	そ の 他				
	合 計	23	23	26	26
平 均 給 料 月 額 (在 籍)	A 型	81,250	81,250	87,500	87,500
	B 型	20,533	20,667	21,389	23,833
	そ の 他				
	合 計	41,652	41,739	41,731	43,423

※この報告用紙NO.1はNO.2の数字から該当箇所に転記してください。

※計画は提出時点での計画を記入してください。

※人数は各期末(3月)の定員数と在籍数を記入してください。

※利用者給料支給額は年間合計金額を記入してください。

※平均給料月額(定員)は定員数で計算してください。給料支給額÷期末定員数×12

※平均給料月額(在籍)は在籍数で計算してください。給料支給額÷期末在籍数×12

障がい者給料増額支援助成金 添付資料No.2 記入例

事業所名： ヤマト福祉作業所

事業計画名：概要

私物用クリーニング事業収入拡大計画 (B型)

科目(項目)		2017年度実績	2018年度計画	2019年度計画	2020年度計画	
クリーニング下請け	1	4,500,000	5,000,000	5,500,000	5,500,000	
下請け作業	2	1,500,000	1,500,000	1,500,000	1,500,000	
私物クリーニング	3			800,000	1,500,000	
	4					
収入合計	※5	6,000,000	6,500,000	7,800,000	8,500,000	
原 価	材料費	6	1,000,000	1,100,000	1,200,000	
	商品仕入れ	7				
	立替送料	8				
	原価合計	※9	1,000,000	1,100,000	1,200,000	1,200,000
売上総利益(粗利益)	※10	5,000,000	5,400,000	6,600,000	7,300,000	
経 費	地代・賃料	11	200,000	200,000	200,000	200,000
	消耗品費	12	50,000	50,000	60,000	60,000
	燃料費	13	500,000	520,000	600,000	620,000
	器具什器費	14				
	通信運搬費	15	30,000	30,000	40,000	45,000
	図書印刷費	16	20,000	20,000	30,000	35,000
	水道光熱費	17	350,000	380,000	450,000	480,000
	雑費	18	10,000	10,000	10,000	10,000
	その他	19	20,000	20,000	20,000	20,000
	経費合計	※20	1,180,000	1,230,000	1,410,000	1,470,000
給料支払原資	※21	3,820,000	4,170,000	5,190,000	5,830,000	
利用者給料支給額	※22	3,696,000	3,720,000	4,620,000	5,148,000	
定員数	※23	20	20	22	22	
在籍数	※24	15	15	18	18	
一人当り月額給料(定員)	※25	15,400	15,500	17,500	19,500	
一人当り月額給料(在籍)	※26	20,533	20,667	21,389	23,833	

※5 収入は部門別売上1~4の合計です。

※9 原価は6~8の合計です。不足の場合は行を増やしてください。

※10 売上総利益(粗利)は5収入-9原価です。

※20 人件費以外の経費合計です。不足の場合は行を増やしてください。

※21 給料支払原資は10売上総利益-20経費計です。

※22 利用者給料支給額は1年間の給料支給合計額です。

※22 利用者給料支給額は給料支払原資以下の数字になるはずですが、

※23 期末の定員人数です。(支給累計人数ではありません)

※24 期末の在籍人数です。(支給累計人数ではありません)

※25 一人当り月額給料(定員)は22給料支給額÷23期末定員数÷12月です。

※26 一人当り月額給料(在籍)は22給料支給額÷24期末在籍数÷12月です。

(便宜上の一人当たり給料月額平均を出すため、累計人数は使いません)