

平成26年9月1日

会福祉協議会

障がい者福祉ご担当者 各位

公益財団法人 ヤマト福祉財団

理事長 有 富 慶 二

(公印省略)

平成27年度ヤマト福祉財団

障がい者福祉助成金募集開始のお知らせと

ご紹介のお願い

拝啓 晩秋の候、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は当財団の活動にご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、当財団では平成27年度の「障がい者給料増額支援助成金」ならびに「障がい者福祉助成金」の募集を別添募集要項の通り11月1日(土)から開始いたします。

つきましては、ご多忙のところ誠に恐縮ですがご管轄下の障がい者団体・施設・事業所等へのご紹介をお願い致します。

助成金の申請をご希望する団体・施設・事業所には当財団より直接募集要項をお送り致しますので下記までFAX等にてご請求するようご案内をお願い致します。また、当財団のホームページからも「福祉助成金募集要項」を取得することができますので、併せてご案内の程宜しくお願い致します。

敬具

記

申請書の請求先 (公財) ヤマト福祉財団 福祉助成金事務局

および問合せ先 〒104-0061

東京都中央区銀座2-12-18 ヤマト銀座ビル7F

TEL. 03-3248-0691

FAX. 03-3542-5165

ホームページ <http://www.yamato-fukushi.jp>

# 平成27年度 福祉助成金募集要項

## 応募期間

平成26年11月1日から平成27年1月10日まで  
(但し当日消印有効)

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を行っています。

本年度は応募期間を変更して「障がい者給料増額支援助成金」ならびに「障がい者福祉助成金」の募集を開始します。

応募される施設・団体は、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、更に多くの給料を支払うための事業資金のうち、不足する自己資金の一部として定額500万円を助成します。

### (1) 募集内容

- ① 助成金 定額500万円
- ② 助成件数 最大15件程度
- ③ 助成対象
  - 障がい者の給料増額のモデルケースに成り得る、より本格的なしくみを取り入れた事業
  - 総事業費500万円以上の事業を対象にします
  - 現在ある備品等の代替費用は対象になりません

### (2) 応募要件

- ① 平均工賃一人当り既に月額2万円以上支給していること  
※年間給料総支給額÷（施設定員×12ヶ月）で試算した月額平均2万円以上支給していれば可
- ② 平成25年4月から1年間の給料支給実績が無い事業所・施設は対象になりません
- ③ 平成28年3月までに整備を完了し、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・福祉工場
  - 地域活動支援センター・生活介護事業所※地元の信用金庫等から融資を受ける事業を優先的に助成します

## 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、更に多くの給料を支払うための事業の開始、設備の導入などに支援します。

### (1) 募集内容

- ① 助成金 上限200万円
- ② 助成件数 最大30件
- ③ 助成対象
  - 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は対象になりません

### (2) 応募要件

- ① 厚生労働省発表の平成24年度全国平均工賃額14,190円以上を支給していること  
※年間給料総支給額÷（施設定員×12ヶ月）で試算して全国平均14,190円以上支給していれば可
- ② 平成25年4月から1年間の給料支給実績が無い事業所・施設は対象になりません
- ③ 平成28年3月までに整備を完了し、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・福祉工場
  - 地域活動支援センター・生活介護事業所

# 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1つ選択して応募してください。

### (1) 募集内容

- ① 助成金 上限100万円
- ② 助成件数 最大10件
- ③ 助成対象
  - 会議・講演会・研修・出版・啓発・調査・研究・スポーツ・文化事業・活動に対する助成

## (2) 応募要件・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

- ① 平成28年2月15日までに完了する事業に限ります

## Ⅲ. 応募方法

### 1. 提出書類

#### (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」
- ② 「2. ステップアップ助成金申請書」

いずれかの申請書を使用し、必要事項を記入のうえ資料を添えて提出してください

#### (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」を使用し必要事項を記入のうえ資料を添えて提出してください
- 対象となる事業・活動はいずれか1つを選択してください

### 2. 添付資料

#### (1) 障がい者給料増額支援助成金

- ① 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）
- ② 平成25年度の収入・給料支給実績、平成26年度、平成27年度、平成28年度の収入・給料支給計画  
（別紙 障がい者給料増額支援助成金 添付資料No.1・No.2を使用）
- ③ 平成25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）
- ④ 平成25年度の給料総支給額と定員数がわかる書類のコピー（利用者の給料支給実績を都道府県へ提出していない事業所）
- ⑤ 平成25年度収支決算書コピー（就労支援会計と福祉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

- ① 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26年11月1日（土）～平成27年1月10日（土）（当日消印有効）

## Ⅴ. 選考結果の通知

財団の選考委員会で選考し、その結果を平成26年3月下旬に文書にて通知します。  
（ホームページに掲載）

## Ⅵ. 提出・問合せ先等

### 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

### 問合せ先・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

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）をダウンロードできます。

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



※) 財団記入

## 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 (共通記入例)

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 26 年 11 月 1 日

運営母体 (法人名)	ふりがな シャカイふくしほうじんやまとふくしかい <b>NPO法人ヤマト福祉社会</b>	代表者名	役職・ふりがな リジちょう たなかいちろう <b>理事長 田中 一郎 印</b>		
申請する 団体・事業所	ふりがな やまとふくしぎょうしょ <b>ヤマト福祉作業所</b>	責任者名	役職・ふりがな しせつちょう やまとたろう <b>施設長 大和 太郎 印</b>		
申請先所在地	郵便番号 104 - 0061 ふりがな どうきょうとちゅうおうくぎんざ2-12-18 <b>東京 都道府県 中央区銀座2-12-18 ヤマト銀座ビル 7階</b>				
電話番号	03-3248-0691	連絡担当者名	役職名・ふりがな ぎょうむかちょう すずきじろう <b>業務課長 鈴木 二郎 印</b>		
FAX	03-3542-5165				
メールアドレス	y.zaidan@yamatofukushizaidan.or.jp				
開設年月	昭和 18 年 4 月 平成	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 30 名 ③福祉工場 名 ④生活介護支援 名 ⑤地域活動支援 名 ⑥その他 ( ) 名 <b>合計人数 38 名</b>				
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	100,000 千円	事業による 収入総額 32,000 千円		
事業形態	①年間給料総支給額	②施設定員数	③年間延べ人数 ④×12 ⑤1人当月額平均給料 ⑥÷④		
継続B型	5,616,000円	30 名	360 名 15,600円		
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. 現在行なってる事業はどんな事業か、何を作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. 自己資金 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) 350 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。

※) 財団記入

3. 障がい者福祉助成金 申請書 (記入例)

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 26年 11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かい NPO法人ヤマト福祉協会			代表者名	ふりがな りじちょう 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 NPOほうじんやまとふくしかい NPO法人ヤマト福祉協会			申請団体の 連絡責任者	ふりがな ぎょうむまねじゃー すずきじろう 業務マネジャー 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	運営母体全体の概要	開設年月	昭和 平成	15年	4月
	職員数	常勤職員 5名 非常勤職員 11名				総利用者数(登録者数)	1650名		
	利用者数(登録者数) 1650名					総職員数	常勤職員 5名 非常勤 11名		
	利用者の主な種別					運営する事業所数 0ヶ所			
	①知的障がい ②精神障がい					正味財産 340,000千円			
	③身体障がい ④障がいの混合 ⑤その他( )					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 150,000千円 0千円 0千円					150,000千円 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 ・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.自己資金 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。

# 1. ジャンプアップ助成金 申請書

※) 財団記入

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		
FAX					
メールアドレス					
開設年月	昭和 年 月	総職員数	常勤職員 名		
	平成 年 月		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福祉工場 名		
	④生活介護支援 名	⑤地域活動支援 名			
	⑥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	①年間給料総支給額	②施設定員数	③年間延べ人数 ④×12		
			⑤1人当月額平均給料 ⑥÷④		
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.自己資金 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。 注2) 見積書or価格表を添付のこと。

切り取り線



## 2. ステップアップ助成金 申請書

※) 財団記入

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 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	
FAX			印	
メールアドレス				
開設年月	昭和 年 月	総職員数	常勤職員	名 非常勤職員
※事業形態と 利用者数	①継続A型 名 ②継続B型 名 ③福祉工場 名 ④生活介護支援 名			
	⑤地域活動支援 名 ⑥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施設定員数	③年間延べ人数 ④×12 ⑤1人当月額平均給料 ⑥÷④
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	
	2		6	
	3		7	
	4		※事業費総額(1~7)	万円
				1.自己資金 万円
				2.公的資金 万円
				3.借入による資金 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。



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	運営母体全体の概要	開設年月	昭和 平成	年	月	
	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 千円		福祉サービス等の報酬による収入 千円			事業による収入総額 千円		年間総収入額 千円 福祉サービス等の報酬による収入 千円 事業による収入総額 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.自己資金 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		25年度実績	26年度計画	27年度計画	28年度計画
平均給料月額	A 型				
	B 型				
	その他				
	全 体				
定員数	A 型				
	B 型				
	その他				
	合 計				
給料支払額	A 型				
	B 型				
	その他				
	合 計				
売上高	A 型				
	B 型				
	その他				
	合 計				
経費	A 型				
	B 型				
	その他				
	合 計				
給料支払原資	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。

※経費は添付資料No.2の経費＋原価の合計した数字です。

※計画は提出時点での計画を記入してください。

※実績は別途提出の収支実績表の数字と合わせてください。

※人数は各期末（3月）の定員数を記入してください。

※経費は利用者給料以外の経費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。

※給料支払原資＞利用者給料支給額となるはずです。

※事業会計（授産会計）のみの数字で記載してください。

（施設会計と一緒にしないでください）

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)	25年度実績	26年度計画	27年度計画	28年度計画
1					
2					
3					
4					
5 (1～4計)	収入合計				
6	原価	材料費			
7		商品仕入れ			
8		立替送料			
9 (6～8計)		原価合計			
10 (5-9)	売上総利益(粗利益)				
11	経費	地代・賃料			
12		消耗品費			
13		燃料費			
14		器具什器費			
15		通信運搬費			
16		図書印刷費			
17		水道光熱費			
18		雑費			
19		その他			
20 (11～19計)	経費合計				
21 (10-20)	給料支払原資				
22	利用者給料支給額				
23	定員数				
24 (22÷23)÷12	一人当たり給料(月額)				

- ※ 5 収入は1～4部門別売上の合計です。
- ※ 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21給料支払原資以下の数字になるはずです。
- ※23 人数は期末在籍人数です。(支給累計人数ではありません)
- ※24 一人当たり給料(月額)は22給料支給額÷23期末人数÷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		25年度実績	26年度計画	27年度計画	28年度計画
平均給料月額	A 型				
	B 型	15,600	16,111	23,611	30,556
	その他				
	全 体	15,600	16,111	23,611	30,556
定員数	A 型				
	B 型	30	30	30	30
	その他				
	合 計	30	30	30	30
給料支払額	A 型				
	B 型	5,616,000	5,800,000	8,500,000	11,000,000
	その他				
	合 計	5,616,000	5,800,000	8,500,000	11,000,000
売上高	A 型				
	B 型	12,900,000	13,545,000	19,317,500	23,000,000
	その他				
	合 計	12,900,000	13,545,000	19,317,500	23,000,000
経費	A 型				
	B 型	6,740,000	7,470,000	10,120,000	11,820,000
	その他				
	合 計	6,740,000	7,470,000	10,120,000	11,820,000
給料支払原資	A 型	0	0	0	0
	B 型	6,160,000	6,075,000	9,197,500	11,180,000
	その他	0	0	0	0
	合 計	6,160,000	6,075,000	9,197,500	11,180,000

※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。

※経費は添付資料No.2の経費＋原価の合計した数字です。

※計画は提出時点での計画を記入してください。

※実績は別途提出の収支実績表の数字と合わせてください。

※人数は各期末（3月）の定員数を記入してください。

※経費は利用者給料以外の経費を記入してください。

※利用者給料支払額は年間合計金額を記入してください。

※給料支払原資＞利用者給料支払額となるはずです。

※事業会計（授産会計）のみの数字で記載してください。

（施設会計と一緒にしないでください）

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					
私物クリーニング事業収入拡大計画（B型）					

	科目（項目）		25年度実績	26年度計画	27年度計画	28年度計画
1	クリーニング下請け		12,000,000	12,645,000	12,800,000	13,000,000
2	下請作業		900,000	900,000	1,000,000	1,000,000
3	私物クリーニング				5,517,500	9,000,000
4						
5（1～4計）	収入合計		12,900,000	13,545,000	19,317,500	23,000,000
6	原価	材料費	3,600,000	4,100,000	6,200,000	7,400,000
7		商品仕入れ				
8		立替送料				
9（6～8計）		原価合計	3,600,000	4,100,000	6,200,000	7,400,000
10（5-9）	売上総利益（粗利益）		9,300,000	9,445,000	13,117,500	15,600,000
11	経費	地代・賃料	120,000	120,000	120,000	120,000
12		消耗品費	600,000	600,000	800,000	900,000
13		燃料費	720,000	800,000	900,000	1,000,000
14		器具什器費				
15		通信運搬費	360,000	400,000	450,000	500,000
16		図書印刷費				
17		水道光熱費	600,000	650,000	700,000	800,000
18		雑費	500,000	500,000	600,000	700,000
19		その他	240,000	300,000	350,000	400,000
20（11～19計）	経費合計		3,140,000	3,370,000	3,920,000	4,420,000
21（10-20）	給料支払原資		6,160,000	6,075,000	9,197,500	11,180,000
22	利用者給料支給額		5,616,000	5,800,000	8,500,000	11,000,000
23	定員数		30	30	30	30
24（22÷23）÷12	一人当たり給料(月額)		15,600	16,111	23,611	30,556

- ※ 5 収入は1～4部門別売上の合計です。
- ※ 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21給料支払原資以下の数字になるはずです。
- ※23 人数は期末在籍人数です。（支給累計人数ではありません）
- ※24 一人当たり給料（月額）は22給料支給額÷23期末人数÷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）