

1. 施設概要

法人格	法人名・経営主体名	法人住所・経営主体住所	事業所番号	事業所・施設名	事業所・施設所在市区町村名	サービス種別	施設種別	職員数※実施要領第6条に基づき算出	決定通知等送付先郵便番号	決定通知等送付先住所	決定通知等送付先施設名	決定通知等送付先担当者名	担当者連絡電話番号(市外局番が必要)	担当者連絡用メールアドレス
(社福)	社会福祉法人〇〇〇〇	〇市〇町〇〇	〇〇〇〇	特別養護老人ホーム〇〇〇〇	〇郡〇町	510_介護老人福祉施設	特別養護老人ホーム	31~40名	〒〇〇-〇〇	〇市〇町〇〇	特別養護老人ホーム〇〇〇〇	〇〇	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	〇〇〇〇@〇〇.〇〇

常勤換算法により算出

2. 事業実施概要

(導入予定機器等)

導入する機器等名(メーカー名)	単価(円)※税抜	数量(台)	対象経費合計額(円)	職員数による補助上限額(円)	本事業による既補助額(補助を受けたことがある場合入力)	今年度の補助上限額(円)
使用料及び賃借料						
備品購入費						
介護ソフト〇〇(〇〇株式会社)	2,000,000	1	2,000,000			
タブレット〇〇(〇〇株式会社)	500,000	10	500,000			
その他						
合計	2,500,000	11	2,500,000	2,600,000	700,000	1,900,000

※ 適宜、行を追加、削除する。

※ 単価は税抜とし、定価ではなく現実的な見積もり金額を記入する。

R4年度以前に補助を受けている場合は、
 交付済の額を記入する。
 (今回初めて申請する場合は「0」と記入)

オレンジ色の箇所をご記入ください。

(補助対象チェックリスト)

- 本事業で補助を受けた回数が、1回以下である。
- 今回の申請対象分について、「IT導入補助金」等を受けていない。

(別紙2 計画書チェックリスト)

- 当該事業の実施要領を参考に記入した。(実施要領第7条の①～⑦の内容を記載する。等)
- 補助対象者の要件を満たしていることが確認できる(LIFE・ケアプランデータ連携・文書半減計画のいずれかの要件を満たしている)。
- 厚生労働省が発行する資料を参考に作成した。
- (任意) 厚生労働省委託事業「介護ロボットの開発・実証・普及のプラットフォーム事業」の相談窓口にご相談した、もしくは相談予定。

相談(予定)日:

計画作成等にあたり、相談窓口の活用を推奨しておりますので、相談した場合はその日付をご記入ください。

(介護ソフトに関するチェックリスト)

介護ソフト名:

(導入済の場合にも記入する)

- 記録業務・情報共有・請求業務を一気通貫で行えることが確認できる。
- 【ケアプランの連携が必要な事業所のみ】最新版のケアプラン標準仕様に準拠していることが確認できる。
- 【LIFE対応の介護ソフトを導入する場合】LIFE標準仕様に準拠していることが確認できる。

(添付書類等のチェックリスト)

- 申請月の、事業所の職員数(常勤換算数)が確認できる書類(勤務形態一覧表等)
- 見積書の写し及び導入機器等の内容がわかるカタログ・パンフレット等
- 「ケアプラン標準仕様への対応状況確認書」(カタログ等でケアプラン標準仕様への対応状況が不明の場合)
- 「LIFE CSV標準仕様への対応状況確認書」(カタログ等でLIFE標準仕様への対応状況が不明の場合)
- 介護保険法に基づき指定・許可を受けた事業所であることを証する書類

↑
各項目を確認の上、チェックを入れてください。