

次世代介護機器導入推進事業 提出書類一覧（実績報告時）

法人名は印鑑証明書の表記と一致させてください。

記入例

提出書類をチェックの上、一緒にご提出下さい。

| | | |
|-----------------|------------------------|--------------------------|
| 法人名：医療法人社団○○会 | サービス種別： 介護老人保健施設 | ブルダウンから該当のサービスを選択してください。 |
| 事業所名：介護老人保健施設○○ | 事業所指定を受けた名称と一致させてください。 | |

【各種ポイントの付与又は利用について】※①から③までのうち、当てはまるものにチェックをしてください。
対象経費の支払時に、金額換算可能な各種ポイントの付与又は利用はありますか？
以下の①又は②に該当する場合には、ポイント相当額を確認できる根拠資料をご提出いただけます（「◆実績報告書類」の7番参照）。

- ① 対象経費の支払時に、金額換算可能な各種ポイントが付与された。
 例：ポイントカード（購入先のポイントカード等）を利用し、ポイントが付与された場合について金額換算可能なポイントを利用し、対象機器等を購入した
- ② 対象経費の支払時に、金額換算可能な各種ポイントが利用された。
 例：ポイントカードのポイントを利用して、対象機器等を購入した
- ③ 上記①及び②のいずれにも該当しない。

7番以外は全て提出必須です。
 ※7番については該当する場合のみ提出が必要となります。

◆実績報告書類

| 番号 | 提出書類名 | 提出時 チェック欄 | 備考 |
|----|--|--------------|---|
| 1 | 次世代介護機器導入推進事業 提出書類一覧（実績報告時）【本用紙】 | ✓ | |
| 2 | 実績報告書（様式第12号） | ✓ | 印鑑証明書と同じ印鑑を使用し、押印してください。 |
| 3 | 実績調書（別紙12-1） | ✓ | |
| 4 | 歳入歳出決算（見込）書抄本 | ✓ | 印鑑証明書と同じ印鑑を使用し、押印してください。 |
| 5 | 補助対象機器の納品書及び領収書の写し | ✓ | <input checked="" type="checkbox"/> 交付申請時点で提出した場合も、改めて提出してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 法人又は事業所が宛名の書類をご提出ください。個人名が宛名のものは、認められません。 <input checked="" type="checkbox"/> 領収書の但し書きは「お品代」ではなく、具体的な名称を記載してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 銀行振込等で領収書が発行されない場合は、振込の相手方及び金額が証明できる書類を提出してください。 |
| 6 | 補助対象機器等の写真 | ✓ | <input checked="" type="checkbox"/> 交付申請時点で提出した場合も、改めて提出してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 申請した機器の台数や付属品、設置場所等が確認できる写真を添付してください。 <input checked="" type="checkbox"/> カatalogの写真は不可です。 <input checked="" type="checkbox"/> A 4サイズの用紙とし、1機器につき写真は3枚までとしてください。 |
| 7 | 金額換算可能な各種ポイントが付与・利用された場合の当該ポイント相当額を確認できる根拠資料 | ✓ | 対象経費の支払い時に、金額換算可能なポイントの付与又は利用があった場合（＝本用紙上部の【各種ポイントの付与又は利用について】の①・②のいずれか又は両方に該当する場合）のみ、提出が必要です。 <input checked="" type="checkbox"/> 交付申請時点で提出した場合も、改めて提出してください。 <input checked="" type="checkbox"/> ポイント数が記載された請求書、ポイント付与の条件（何円購入で何ポイント）や1ポイント当たりの換金率が記載されたカード会社の規約書等を提出してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 各種ポイント相当額については、「※附余その他の収入額」に計上し、対象経費の実支出額から控除する金額を算出してください。この欄を使用し、必要書類がすべてそろっていることを必ずご確認の上、この用紙と必要書類を一緒に提出してください。 |

◆その他書類

| 番号 | 提出書類名 | 提出時 チェック欄 | 備考 |
|----|-------------|--------------|--------------------|
| 1 | 精算書（様式第20号） | ✓ | 日付は、必ず空欄で提出してください。 |

※その他、必要に応じて書類の提出をお願いすることがあります。

※各様式における法人名・法人所在地・代表者職氏名は、印鑑証明書の表記と一致するよう記載してください。

また、事業所名・事業所所在地は、事業所指定を受けた内容と一致するよう記載してください。

記入例

令和4年〇月〇日

東京都知事 殿

網掛けの欄に入力

補助対象事業者

所在地

東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

法人名

医療法人社団〇〇会

代表者職氏名

理事長 新宿 花子

印

※所在地・法人名・代表者職氏名は印鑑証明書と一致させてください。

誤りがあつたり、地番や代表者の職名等を省略したりすると提出し直しとなります。

※法人名等に変更があつた際には、書類の提出が必要となる場合がありますので必ず連絡してください。

機器導入促進支援事業補助金
推進事業費補助) 実績報告書

印鑑証明書の印と同一の印としてください。

標記の補助金

記

1 実績額
金 1,030,000 円

事業所指定を受けた事業所名を正確に記載してください。

2 事業所名
介護老人保健施設〇〇

プルダウンから該当のサービス種別を選択してください。

3 事業所種別
介護老人保健施設

4 事業所番号
××××××××××

事業所指定を受けた住所と一致させてください。

5 事業所所在地
東京都〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号

6 添付資料
ア 次世代介護機器導入推進事業費補助 実績調書（別紙12-1）
イ 歳入歳出決算書抄本
ウ その他参考となる資料

| | |
|--------|--|
| 所属 | 医療法人社団〇〇会 総務課 |
| 氏名 | 東京 二郎 |
| TEL | 03-9876-5432 |
| e-mail | shiniyuku.kaigo.〇〇@com |

別紙1 **記入例**

網掛けのある欄に入力してください。
【重要】
 提出した交付申請書の別紙2-1積算調書「機器名(製造業者名)」と同一の記載にしてください。
 白色の欄は、自動入力されます。

| | |
|------|------------|
| 法人名 | 医療法人社団〇〇会 |
| 事業所名 | 介護老人保健施設〇〇 |

法人名・事業所名は、様式第12号を作成すると自動入力されます。

(1) 補助率 7/8 (目的要件①)

| 項番 | 機器名(製造業者名) | 目的要件 | 補助基準額 (A) | 対象経費の実支出額 (B) | 寄附金その他の収入額 (C) | 差引後実支出額 (D=B-C) | 選定額① (E) | 1台当たりの実績額 (F=E×7/8) | 1台当たりの交付決定額 (G) | 選定額② (H) | 台数 (I) | 実績額小計 (J=H×I) | 購入・リースの区分 | リースの月数 |
|----------|------------|-------|-----------|---------------|----------------|-----------------|----------|---------------------|-----------------|----------|--------|---------------|-----------|--------|
| 1 | □□□ (□□社) | ⑤入浴支援 | 1,334,000 | 800,000 | 0 | 800,000 | 800,000 | 700,000 | 700,000 | 700,000 | 1 | 700,000 | ①購入 | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | |
| 台数合計 (K) | | | | | | | | | | | | | | |

目的要件は、プルダウンから選択してください。

各種ポイント相当額については、「寄附金その他の収入額(C)」に計上し、対象経費の実支出額から控除してください。ポイント相当額が控除されていなかったり、計算方法を誤っていたりした場合には、補助金を返還していただく場合がございますので、くれぐれもご注意ください。また、請求書やカード会社の規約等を確認し、正しい金額であることを確認してください。

網掛けの欄に入力

網掛けの欄に入力。購入リースの区分はプルダウンから選択してください。

網掛けの欄に入力。提出した交付申請書の別紙2-1積算調書「選定額②(H)欄、(I)欄」と同一の金額を記載。

(2) 補助率 3/4 (目的要件②・③・④・⑥)

| 項番 | 機器名(製造業者名) | 目的要件 | 補助基準額 (M) | 対象経費の実支出額 (N) | 寄附金その他の収入額 (O) | 差引後実支出額 (P=N-O) | 選定額① (Q) | 1台当たりの実績額 (R=Q×3/4) | 1台当たりの交付決定額 (S) | 選定額② (T) | 台数 (U) | 実績額小計 (V=T×U) | 購入・リースの区分 | リースの月数 |
|------------------------|------------|-------|-----------|---------------|----------------|-----------------|----------|---------------------|-----------------|----------|--------|---------------|-----------|--------|
| 1 | △△△ (△△社) | ②移動支援 | 600,000 | 120,000 | 0 | 120,000 | 120,000 | 90,000 | 90,000 | 90,000 | 2 | 180,000 | ②リース | 4か月 |
| 2 | ◎◎◎ (◎◎社) | ③排泄支援 | 600,000 | 100,000 | 0 | 100,000 | 100,000 | 75,000 | 75,000 | 75,000 | 2 | 150,000 | ①購入 | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| 台数合計 (W) ・ 補助所要額合計 (X) | | | | | | | | | | | | | | |

網掛けのある欄に入力してください。
【重要】
 提出した交付申請書の別紙2-1積算調書「機器名(製造業者名)」と同一の記載にしてください。
 白色の欄は、自動入力されます。

目的要件は、プルダウンから選択してください。

網掛けの欄に入力

網掛けの欄に入力

網掛けの欄に入力。購入リースの区分はプルダウンから選択してください。

(3) 導入推進事業全体

| | | |
|-----------|---------------|----------------|
| 既交付額 (Y) | 実績額総計 (Z=L+X) | 差引返納額 (AA=Y-Z) |
| 1,030,000 | 1,030,000 | 0 |

(注) 1 金額
 2 機器
 3 導入推進事業費補助の交付決定額を記載してください。

4 金額で記載すること。
 5 E欄には、A欄とD欄を比較して少ない方の額を記載すること。また、Q欄には、M欄とP欄を比較して少ない方の額を記載すること。
 6 F欄には、E欄の額に補助率を乗じて得た額を記載すること。また、R欄には、Q欄の額に補助率を乗じて得た額を記載すること。ただし、いずれも千円未満の端数が生じた場合は切り捨てること。
 7 変更交付決定を受けた場合、G欄及びS欄には、1台当たりの変更交付決定額を記載すること。
 8 AA欄が0円を上回る場合、補助金の返納が必要となるため、留意すること(0円の場合には、補助金を返納する必要は生じない。)

記入例

(申請者名 医療法人社団〇〇会)

歳入歳出決算（見込）書抄本

灰色のセルに入力してください。(白色のセルは自動計算)

1 歳入の部

(単位：円)

| 区 分 | 決算（見込）額 | 備 考 |
|--------|-----------|---------------------|
| 東京都補助金 | 1,030,000 | 様式第12号「1 実績額」と同一の金額 |
| 自己資金 | 210,000 | |
| 合 計 | 1,240,000 | |

2 歳出の部

| 区 分 | 決算（見込）額 | 備 考 |
|-------|-----------|---|
| 機器購入費 | 1,240,000 | <p>※歳入と歳出の額は一致</p> <p>□□□：800,000円×1台 △△△：120,000円×2台 ◎◎◎：100,000円×2台</p> |
| 合 計 | 1,240,000 | 様式第12号の日付と同一の日付を記載してください。 |

本書は、原本と相違がないことを証明します。

令和 〇年 〇月 〇日

法人名 医療福祉法人〇〇会

代表者職氏名 理事長 新宿 花子



※実績調書(別紙12-1)に記載した、対象経費の実支出額の全台数分の合計額と一致

※所在地・法人名代表者職氏名は、印鑑証明書の表記と一致するよう記載してください。誤りがあつたり、地番などを省略したりすると提出し直しとなります。
 ※代表者職氏名は、印鑑証明書の記載と同様に、職名と氏名を記載してください。
 ※補助申請に係る押印は、全て法人の実印とし、原本を提出してください。
 ※法人名等に変更があつた際には、書類の提出が必要になる場合がありますので、必ず連絡してください。

精 算 書

| 区分 | 金額（円） | 備考 |
|----------------|-----------|----|
| 既交付額 （A） | 1,030,000 | |
| 実績額 （B） | 1,030,000 | |
| 差引返納額 （A－B） | 0 | |

令和3年度次世代介護機器導入推進事業費補助について、上記のとおり精算します。

令和 年 月 日

空欄で提出してください。

東京都知事 殿

申請者 所在地 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号
法人名 医療法人社団〇〇会
代表者職氏名 理事長 新宿 花子

印

印鑑証明書の印と同一の
印としてください。