

次世代介護機器導入推進事業 提出書類一覧（交付申請時）

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

交付申請時、提出書類を提出書類一覧(本票)の提出書類チェック欄に記入し、提出書類を提出書類一覧(本票)と一緒に提出してください。

プルダウンから該当のサービスを選択してください

法人名：医療法人社団〇〇会	サービス種別：介護老人保健施設
事業所名：介護老人保健施設〇〇	事業所指定を受けた名称と一致させてください。

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(本票)	✓	
2	交付申請書（様式第2号）	✓	印鑑証明書
3	積算調書（別紙2-1）	✓	内示通知書
4	誓約書（別紙2-2）	✓	印鑑証明書
5	次世代介護機器導入計画書(別紙2-3)	✓	
6	歳入歳出予算（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。
7	申請事業所の利用定員数が分かる書類	✓	当該事業所の運営規程やパンフレット等、当該事業所の利用定員数が確認できるものを提出してください。
8	導入する機器のパンフレット・カタログ等	✓	
9	導入する機器の見積書の写し	✓	交付申請時点で、まだ経費を支払っていない場合に、提出が必要です。 ☐ 実績報告時点では、納品書及び領収書を提出していただきます。
10	導入する機器の納品書及び領収証の写し	✓	交付申請時点で、既に支払いを終えている場合に、提出が必要です。 ☐ 納品書及び領収書は、同じものを実績報告時点でもご提出いただけます。 ☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 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。
11	導入した機器の写真	✓	交付申請時点で、既に支払いを終えている場合に、提出が必要です。 ☐ 同じものを実績報告時点でもご提出いただけます。 ☐ 申請した数の機器や付属品等が確認できる写真を添付してください。 ☐ カatalogの写真は不可です。
12	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の確認できる根拠資料	✓	交付申請時点で、既に支払いを終えている場合であって、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法人のみ、提出が必要です。 ※具体的には、以下のようなケースが該当します。 ・クレジットカードや、その他購入に伴いポイントの付与されるポイントカード（購入先の家電量販店のポイントカード等）を利用した場合 ・上記の他、ネットショッピング等により、ポイントが付与される場合 ☐ 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。 ☐ 各種ポイント相当額については、「寄附金その他収入額」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、補助金を返還いただく場合がございます。くれぐれもご注意ください。
13	支払金口座振替依頼書	✓	・日付は空欄にしてください。 ・印鑑証明書と同じ印鑑を使用し、押印してください。
14	印鑑証明書	✓	令和5年4月1日現在、1事業所につき1枚の印鑑証明書が必要です。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、この用紙と本を添付し、必要書類と一緒に提出してください。

※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。
ただし、法人・事業所の所在地について、建物名や部屋番号を追加記載することは差し支えありません。

記入例

令和5年〇月〇日

東京都知事 殿

申請者

網掛けの欄に入力

※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。

誤りがあったり、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った際には、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。

所在地
法人名

東京都新宿区西新宿二丁目8番1号
医療法人社団〇〇会
理事長 新宿 花子

印

機器導入促進支援事業補助金
（進事業費補助） 添付申請書

印鑑証明書の印と同一の印としてください。

標記の補助

記

1 申請額
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

3 事業所種別
介護老人保健施設

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。

4 事業所番号
××××××××××

5 事業所所在地
東京都〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号

事業所指定を受けた住所と一致させてください。

6 添付資料

- ア 次世代介護機器導入推進事業費補助 積算調書（別紙2-1）
イ 次世代介護機器導入推進事業費補助 誓約書（別紙2-2）
ウ 次世代介護機器導入推進事業費補助 導入計画書（別紙2-3）
エ 歳入歳出予算（見込）書抄本
オ その他参考となる資料

担当者

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	shinjuryu.kaigo.00@com

記入例

網掛けのある欄に入力してください。
【重要】
内示通知を送付した際に同封した、内示額内訳書の記載と一致するよう記載してください。

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2号を作成すると自動入力されます。

費補助 積算調書

(1) 補助率 7/8 (目的要件①・⑤)

項番	機器名 (製造業者名)	目的要件	(A)	(B)	(C)	(D = B - C)	(E)	1台当たりの補助所要額 (F = E × 7/8)	1台当たりの補助内示額 (G)	選定額② (H)	台数 (I)	補助所要額小計 (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) ・ 補助所要額合計 (L)														

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。

目的要件は、ブ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。購入リースの区分はブルダウンから選択してください。

網掛けの欄に入力
内示通知を送付した際に同封した、内示額内訳書の「1台当たりの補助所要額」欄と同一の金額となります。

(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)	対象経費の実支出予定額 (N)	寄附金等の収入額 (O)	差引後実支出予定額 (P = N - O)	選定額① (Q)	1台当たりの補助所要額 (R = Q × 3/4)	1台当たりの補助内示額 (S)	選定額② (T)	台数 (U)	補助所要額小計 (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														
4														
5														
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。
内示通知を送付した際に同封した、内示額内訳書の記載と合致するよう記載してください。

目的要件は、ブ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ブルダウンから選択してください。

(3) 導入推進事業全体

補助所要額総計 (Y = L + X)	内示額 (Z)	交付申請額 (A A)
1,030,000	1,030,000	1,030,000

導入推進事業費補助の補助予定額を記載してください。

(注) 1 金額は、全て円単位で記載すること。
2 機器名ごとに1行で作成すること。ただし、A欄からH欄まで及びM欄からT欄まで1行で作成すること。
3 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I欄を比較して少ない方の額を記載すること。
4 H欄には、F欄とG欄を比較して少ない方の額を記載すること。また、T欄には、R欄とS欄を比較して少ない方の額を記載すること。
5 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。
6 A A欄には、Y欄とZ欄を比較して少ない方の額を記載すること。

記入例

次世代介護機器導入推進支援事業費補助 誓約書

東京都知事 殿

令和 5 年度介護現場改革促進事業補助金交付要綱（令和 5 年 3 月 31 日付 4 福保高介第 2 2 9 3 号。以下「要綱」という。）第 5 条の規定に基づく補助金の交付の申請を行うに当たり、以下（1）から（5）の事項をここに誓約します。

- （1）当該申請により補助金等の交付を受けようとする者（法人その他の団体にあっては、代表者、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員を含む。）が東京都暴力団排除条例第 2 条第 2 号に規定する暴力団、同条第 3 号に規定する暴力団員又は同条第 4 号に規定する暴力団関係者（以下「暴力団員等」という。）に該当せず、かつ将来にわたっても該当しないこと。
- （2）交付要綱による補助金の交付と対象経費を重複して、他の補助金等の交付を受けていないこと。
- （3）補助金の対象経費の支出に関する契約の相手方から寄付を受けていないこと。
- （4）補助金の対象経費の支出に関する契約に当たり、入札の実施や複数の見積書の比較など適切な手続きにより契約の相手方を決定すること。
- （5）法人として、社会福祉法（昭和 2 6 年法律第 4 5 号）、老人福祉法（昭和 3 8 年法律第 1 3 3 号）、介護保険法（平成 9 年法律第 1 2 3 号）又はこれらの法律に基づく命令に違反する事実がないこと。

また、この誓約に違反又は相違があり、要綱別記 2 補助条件 8（1）の規定により補助金等の交付の決定の取消しを受けた場合において、要綱別記 2 補助条件 9 の規定に基づき返還を命じられたときは、これに異議なく応じることを誓約します。

あわせて、知事が必要と認めた場合には、暴力団員等であるか否かの確認のため、警視庁へ照会がなされることに同意します。

令和 5 年〇月〇日

様式第 2 号の右上の日付が
自動入力されます。

法人の所在地
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。

次世代介護機器導入推進事業費補助 導入計画書

- ◆「次世代介護機器導入推進事業費補助」(補助率8分の7又は4分の3)の対象事業所となるためには、他の施設のモデルとなる「アドバンスト施設」が必要となります。
- ◆上記の通り、本計画書を作成してください。
- ◆【重要】上記について、下記「3 アドバンスト施設としての協力体制」に記載していただく必要があります。

【重要】

内示前の事前協議の段階
で提出した導入計画書の
内容と一致させてください。

- ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

※①及び②は原則として必須です。③から⑤までは、事業所の状況に応じ御協力いただきます。
※上記以外の協力を依頼する場合があります。

1 法人・事業所の基本情報

1-1 法人・事業所概要

令和5年〇月〇日

法人名						様式第2号の右上の日付が自動入力されます。
事業所名						
事業所種別(選択)						
事業所所在地	〒	クリーム色の欄に入力をしてください。 事業所種別は、プルダウンから選択してください。				
利用定員						
要介護度別利用者数	要介護1			要介護5		要支援
	要介護4					
	合計	0人				
職員数(常勤換算)						

※ 利用定員数が無いサービス種別の場合、直近3か月の利用実績平均人数（小数点以下切り上げ）を記載してください。

※ 職員数は、介護職員、看護職員、介護支援専門員、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、事務職員の合計を記載してください(常勤換算)。

2 導入・活用に向けた計画

2-1 今回申請する機器について、補助要件(技術的要件)に合致するか否かを確認します。

それぞれの機器ごとに、以下の内容に沿って性能を記載してください。

機器の性能については、「① センサー等により外界や自己の状況を認識」「② ①によって得られた状況を解析」「③ ②の結果に応じた動作を行う」についてそれぞれ分かるように記載してください。

経済産業省が行う「ロボット介護機器開発・導入促進事業」(平成25年度～平成29年度)、「ロボット介護機器開発・標準化事業」(平成30年度～令和2年度)、「ロボット介護機器開発等推進事業(開発補助)」(令和3年度～)において採択された介護ロボット(「重点分野6分野13項目の対象機器・システムの開発」)の場合を除く。

【参考】https://robotcare.jp/data/news/list2019_10ver1.pdf

機器1	
機器1の機能	機器について記入してください。

機器2	
機器2の機能	機器について記入してください。

機器3	
機器3の機能	機器について記入してください。

2-2 次世代介護機器の導入状況(導入済みの機器)

今回申請する次世代介護機器以外で、導入済である次世代介護機器がある場合は、以下に記入してください。

機器名	製造業者名 (メーカー名)	導入時期 (選択)	台数
機器の目的要件・導入時期は、プルダウンから選択してください。			

2-3 次世代介護機器の導入・活用により達成すべき目標(解決すべき課題)

(1) 今回申請する次世代介護機器を導入することにより解決したいと考えている事業所の課題と、その原因を記載してください。

【課題】	事業所の実態に則して記載してください。
【原因】	

(2) 課題を解決するために、導入する機器をどのように利用するのか、業務内容・利用場面、想定している対象(利用者・職員)を含めて具体的に記載してください。

事業所の実態に則して記載してください。

(3) 機器導入に当たって、利用者・家族への説明や同意の取得をどのように行う予定か、記載してください。

事業所の実態に則して記載してください。

(4) 今回申請する機器の台数の根拠について記載してください。

機器名	台数の根拠
事業所の実態に則して記載してください。	
機器名	台数の根拠
事業所の実態に則して記載してください。	
機器名	台数の根拠
事業所の実態に則して記載してください。	

2-4 次世代介護機器導入に向けた検討体制

機器導入に向け、補助金申請前の検討体制や、これまでの検討のプロセスについて、記載してください。
(例: 検討チームの立ち上げ、経営者層と現場職員との意見交換、職員・利用者アンケートの実施 等)

事業所の実態に則して記載してください。

2-5 次世代介護機器の導入・活用により期待される効果

(1) 今回申請する次世代介護機器の導入・活用により期待される効果について、「職員の負担軽減」という視点から該当するものに○を記入してください(複数選択可)。

※機器導入によって得られた効果については、導入から3年間、導入効果報告書により報告していただくことになります。

介護職員の腰痛予防	○	介護職員の不安の軽減	
訪室回数の削減、見回り業務の効率化	○	介護職員の業務への意欲や満足度の向上	
人員体制の見直し		職員の休憩時間の確保	
介護職員によるリスク管理の効率化			
その他【上記以外の場合、自由記述】	該当するものにプルダウンから○を記載してください(複数選択可)。上記以外の場合は自由記述欄に記載してください。		

(2) 今回申請する次世代介護機器の導入・活用により期待される効果について、「利用者のケアの質の維持・向上」という視点から該当するものに○を記入してください(複数選択可)。

※機器導入によって得られた効果については、導入から3年間、導入効果報告書により報告していただくことになります。

利用者の心身や活動の状態の把握		利用者の生活リズムの把握	
ケアプランの見直し		利用者への対応時間の増加	○
利用者に合わせた対応が可能		利用者の転倒、転落、ヒヤリハットの減少	
利用者に提供できるサービスの増加		利用者の身体的負担の軽減	
利用者とのコミュニケーションの増加		利用者の不安の軽減	
利用者の満足度の向上	○	利用者の家族等の満足度の向上	○
その他【上記以外の場合、自由記述】			
該当するものにプルダウンから○を記載してください(複数選択可)。上記以外の場合は自由記述欄に記載してください。			

(3) 今回申請する次世代介護機器の導入・活用により期待される効果について、「利用者の自立支援」という視点から該当するものに○を記入してください(複数選択可)。

※機器導入によって得られた効果については、導入から3年間、導入効果報告書により報告していただくことになります。

利用者の身体機能の向上	○	利用者が自分でできることの増加	○
利用者のADLの向上		利用者の活動範囲の拡大	
その他【上記以外の場合、自由記述】			
該当するものにプルダウンから○を記載してください(複数選択可)。上記以外の場合は自由記述欄に記載してください。			

2-6 効果に関する目標設定

上記2-5(1)(2)(3)で選択した期待される効果に関し、具体的な数値目標を設定するものについて記載してください。

(例:腰痛のある職員の割合○%⇒○%、夜間帯の巡回○回⇒○回、利用者満足度○%⇒○% 等)

事業所の実態に則して記載してください。

2-7 次世代介護機器導入後の取組

本項目の記載に当たっては、「介護サービス事業所における生産性向上に資するガイドライン(パイロット事業改定版)」(厚生労働省老健局・令和2年3月発行)を参考にしてください。 <掲載先: <https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-seisansei.html>>

今回申請する次世代介護機器を効果的に活用するために、導入後にどのような体制や方法で効果検証を行うのか、効果検証に関わる人の役割・役割・職種等を含めて、具体的に記載してください。

事業所の実態に則して記載してください。

2-7 その他

こちらにチェックを記入ください。

LIFEによる情報収集に協力する意思を有するか。

☒ 協力する意思を有する。

3 アドバンスト施設としての協力体制

(1) モデル施設として提供したい自施設の取組や特徴を記載してください。

事業所の実態に則して記載してください。

(2) アドバンスト施設となった場合に、アドバンストセミナーの受講、セミナーの準備、各種セミナーでの事例発表など、通常の業務に加えた対応が必要となりますが、これらに組織的に対応するために、施設内でどのような体制を構築しますか。

事業所の実態に則して記載してください。

(3) アドバンスト施設となった場合に積極的に協力したいものに○をつけてください。

各種セミナーでの情報提供	☐
公開見学会での現場見学の機会の提供	☐
事例集(事例動画)への協力	☐

該当するものにプルダウンから○を記載してください(複数選択可)。

記入例

事業所名称：介護老人保健施設〇〇

歳入歳出予算（見込）書抄本

1 歳入の部

灰色のセルに入力してください。（白色のセルは自動計算）

（単位：円）

区 分	予算（見込）額	備 考
東京都補助金	1,030,000	様式第2号「1 申請額」と同一の金額
自己資金	210,000	
合 計	1,240,000	

2 歳出の部

区 分	予算（見込）額	備 考
機器購入費	1,240,000	※歳入と歳出の額は一致 □□□：800,000円×1台 △△△：120,000円×2台 ◎◎◎：100,000円×2台
合 計	1,240,000	

本書は、原本と相違ないことを証明します。

令和5年〇月〇日

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

※積算調書（別紙2-1）で記載した、対象経費の実支出額の全台数分の合計額と一致

印

※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。