記入例

※1法人1枚提出

水色のセルは、自動入力されます。

緑色のセルに、記入してください。

令和 7 年 ○ 月 × 日

● 各様式における法人名・所在地・代表者名は、原則として印鑑証明書の表記と一致するよう記載してください。代表者名には、職氏名を記載してください。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。

● なお、所在地等の法人情報に変更が生じた場合は、書類の提出が必要になる 場合がありますので、速やかに東京都福祉保健財団にご連絡ください。

 法
 人
 名
 社会福祉法人○○会

 所
 在
 地
 :
 東京都新宿区西新宿二丁目8番●号

 代表者職氏名
 理事長東京太郎
 印

支援事業補助金実績報告書

印鑑証明と同じ印鑑で 押印してください。

標記の補助金について、令和6年度介護現場改革促進事業補助金交付要綱(次世代介護機器導入促進支援事業・デジタル機器導入促進支援事業分)第9条に基づき、下記のとおり報告をします。

記

3,723,000 1 実績額 金 別紙16-1「実績調書」 別紙16-1「実績調書」の 「実績額総計(Y)欄」を の「既交付額総計(X) 欄」を転記 転記 2 内訳 一致 実績額 既交付額 事業所名 事業所番号 事業所種別 合計額を転記してく 計額 転記してください X介護事業所(訪問介護) 130000000 訪問介護 1,500,000 1,395,000 1 X介護事業所(通所介護) 1,528,000 2 13000000 通所介護 1,528,000 3 Y介護事業所 **13** 訪問介護 850,000 800,000 4 5 交付決定通知書(別紙)と同一の記載としてくださ い。 6 ※交付申請時から変更が生じた場合は、別途資 料をいただく場合がありますので、速やかに財団 3,878,000 3,723,000 担当者へご連絡ください。

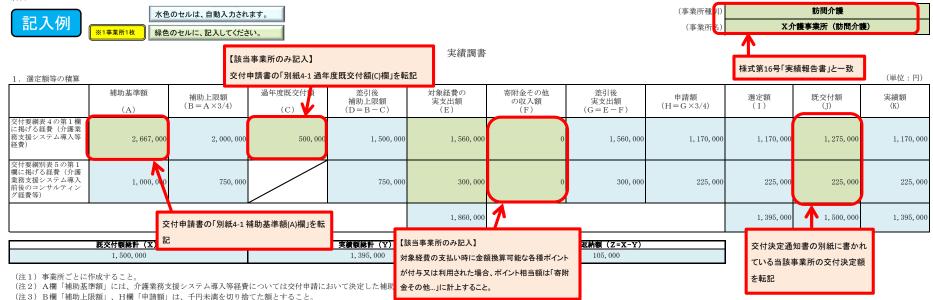
実績報告書1枚に書ききれない場合は、行を追加してください。

* 法人の事務取扱者(必ず記入してください)

書類送付先は、東京都から郵送する補助金関係書類の送付先が上記の 法人所在地と異なる場合は、記載願います。

書	類送付先	〒○○○-○○○ 東京都新宿区西新宿○-×-△							
2	部署名	社会福祉法人〇〇会 総務課							
,	ふりがな	かいご はなこ							
3	お名前	介護 花子	事業申						
	TEL	03-5320-XXXX	所請 数						
	メール	tokyo.kaigo.OO@com	奴						

※別紙様式において、「交付要綱」とは、令和6年度介護現場改革促進事業補助金交付要綱(次世代介護機器導入促進支援事業・デジタル機器導入促進支援事業 分)をいうものとする。



- (注4)C欄「過年度既交付額」は、介護業務支援システム導入等経費については「合和2年度ICT機器活用支援事業費補助金交付要綱別表1-1」、「合和3年度デジタル機器導入促進支援事業」、「合和4年度デジタル機器導入促進支援事業」、「令和4年度デジタル機器導入促進支援事業」で申請した事業所が、交付を受けた金額(コンサルティング経費を除く。)を記載すること。
- (注5) I欄「選定額」には、D欄「差引後補助上限額」とH欄「申請額」を比較していずれか小さいほうを記載すること。
- (注6) J欄「既交付額」には、交付申請において決定した交付決定額を記載すること。
- (注7) J欄「既交付額」及びK欄「実績額」の金額の合計を、様式第16号「実績報告書」の事業所別補助金交付申請額に転記すること。
- (注8) Z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。)。

=7 7 /Fd	1	水色のセルは、自動入力されます。				
記入1例	※1事業所1枚	緑色のセルに、記入してください。				

 (事業所種別)
 訪問介護

 (事業所名)
 X介護事業所(訪問介護)

実績内訳書

1. 交付要綱別表4又は表5に掲げる経費(介護業務支援システム導入等経費又は介護業務支援システム導入前後のコンサルティング経費等)

					交付申請內容等					
内容	製造メーカー	商品名(型番号まで記載)	支出月	単価 (円)	数量	支出額(円)	単価(円)	数量	支出(予定)額(円)	備考(変更理由等)
介護業務支援システム(ソフトウェアやクラウドサービス)の導入経費	〇〇株式会社	〇〇介護ソフト	1月	1,000,000	1	1, 000, 000				
ハードウェア(タブレット端末等)の導入延費	□□株式会社	タブレット××	11月	80,000	7	560, 000	100,000	7	700, 000	交付申請時に申請してい たタブレットロロが廃番 となり、同等の機能を有 する後続機に変更したた め
介護業務支援システムの選定や、システムを活用した業務改善に関するコンサ ルティング経費			10月	300, 000	1	300, 000				
小 計				1, 860, 000						

- (注1)事業所ごとに作成すること。
- (注2) 支出(予定)額小計の金額と別紙16-1のE欄「対象経費の実支出額」が合致すること。
- (注3)見積書やカタログ等を添付し、補助対象経費の内容について具体的にわかるようにすること。 支出(予定)額の積算、内訳等が確認できないものは、対象として認めない。
- (注4) 行数が足りない場合には、適宜行を追加すること。

「交付申請内容等」の欄は、交付決定から実績報告までの間に軽微な変更が あった項目のみ、入力が必要です。

交付申請時の内容、変更理由をご記入ください。

交付申請の内容から**変更がない項目は、記入不要**です。

※「軽微な変更」の判断基準は、東京都福祉保健財団HP掲載のQ&A9番を 参照してください。

記入例

※1事業所1枚

(事業所種別) (事業所名)

訪問介護 X介護事業所(訪問介護)

水色のセルは、自動入力されます。

歳入歳出決算書抄本

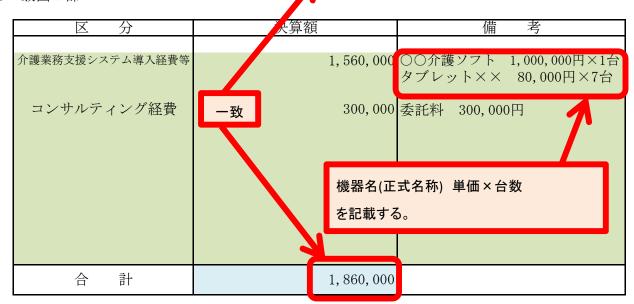
緑色のセルに、記入してください。

1 歳入の部

(単位:円)

	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \		(単位・円)
区分	決算額	備	考
			-
古台拟特里人	1 205	000	
東京都補助金	1, 395	, 000	
自己資金	465	, 000	
合 計	1,860	, 000	
	,		

2 歳出の部



本書は、原本と相違ないことを証明します。

令和 7年 ○ 月 × 日

法人名 社会福祉法人〇〇会

代表者職氏名 理事長 東京 太郎

印鑑証明と同じ印鑑で 押印してください。

精 算 書

※入力は不要です。 『者欄に法人町の押町な

申請者欄に法人印の押印をお願いいたします。

申請者 法人名

法人所在地 代表者職氏名

社会福祉法人○○会 東京都新宿区西新宿二丁目8番 **●**号

理事長 東京 太郎



印鑑証明と同じ印鑑で 押印してください。