

様式1 (第9条関係)

法人・事業所で外部に発出する文書
に番号を付している場合は記入
(なければ不要)

福岡発〇〇〇番
令和5年8月15日

福岡県知事 殿

「法人情報」を記入
(法人住所・法人名・法人代表者)

所在地 福岡市博多区東公園7番7号
事業者名 社会福祉法人 福岡県庁
代表者名 理事長 福岡 太郎
(記名押印又は代表者による署名)

令和5年度福岡県介護申請書

法人代表者による自署
又は
法人代表者印を押印

このことについて、福岡県介護ロボット導入支援事業費補助金交付要綱第9条の
規定に基づき、下記により補助金を交付されるよう願

「施設情報」を記入
(施設名・施設住所)

記

- 1 導入事業所 事業所名：特別養護老人ホーム 福岡県庁
所在地：福岡市△△区▼▼町△△丁目△番▼号
- 2 交付申請額 金 4,082,000円
- 3 経費所要額調書(様式1-2)
- 4 事業報告書(様式1-3)
- 5 見積書の写し
- 6 役員一覧(様式4)
- 7 その他添付書類

1-2(1)~(2)「経費所要額調書」の
補助金申請額(H)+(E)を記入
※交付申請額は千円未満切り捨て

所要額調書

税抜き

事業所番号： 4000000000
 導入事業所名： 特別養護老人ホーム 福岡県庁
 サービス種別： 介護老人福祉施設

プルダウンより該当するものを選択

機器一式当たりの税抜き単価を記入
関数が正常に働かなくなるため「円」は入力しないでください

【介護ロボット導入（第一号に...を導入する事業）】

機器名	対象経費支出予定額 (税抜) (A) 円	補助率 (B)	支出予定額×補助率 (A×B) (C) 円 ※千円未満切捨て	1台の補助額 (D) 円	利用定員数 (E) 人	限度台数 (E)×0.2 (F) 台 ※1台未満切上げ	申請台数 (G) 台	補助金申請額 (D×G) (H) 円
機器名 1 移乗支援又は入浴支援	1,500,000	4分の3	1,125,000	1,000,000	100	20	2	2,000,000
機器名 2 移乗支援又は入浴支援以外	250,000		187,000	187,000			5	935,000
合計							7	2,935,000

関数が正常に働かなくなるため「人」「台」は入力しないで下さい

- 注1 (A) 欄については、内訳が記載されている業者見積等を必ず添付すること。
- 注2 (D) 欄は、次の表の左欄に掲げる区分に応じて、右欄の基準額と (C) 欄の額を比較して少ない方の額を記入すること。

区分	基準額
移乗支援又は入浴支援の場面において使用される介護ロボット	1,000,000
上記以外	300,000

- 注3 (G) 欄合計が、(F) 欄の台数を超えないこと。

経費所要額調書

事業所番号： 4000000000
 事業所名： 特別養護老人ホーム 福岡県庁
 種別： 介護老人福祉施設

【介護ロボット導入支援事業（第4条第二号に掲げる事業（通信））】

関数が正常に働かなくなるため「円」は入力しないでください

	対象経費内訳	対象経費支出予定額 (A) 円	補助率 (B)	予定額×補助率 (A×B) (C) ※千円未満切捨て 円	基準額 (D) 円	補助金申請額 (E) 円
第5条第二号イ (Wi-Fi環境整備)	Wi-Fi環境整備	1,530,000	4分の3	1,147,000	1,500,000	1,147,000
第5条第二号ロ (インカム導入)						
第5条第二号ハ (システム連動)						
合計						1,147,000

注1 (A) 欄については、内訳が記載されている業者見積等を必ず添付すること。
 注2 (E) 欄は、(C) 欄の額と (D) 欄の額を比較して少ない方の額を記入すること。

計画書

見積書等の内訳に合わせて、
 単価等を記入してください。
 また、通信環境整備は、税
 込価格か税抜価格か分かる
 ように入力してください。

事業所番号 : 4000000000
 導入事業所名 : 特別養護老人ホーム 福岡県庁
 サービス種別 : 介護老人福祉施設

交付の事業内容

区	分	支	出	積	算	内	訳
			円				
		介護ロボット	4,250,000円			機器名 1 単価 1,500,000円 × 2台 = 3,000,000円 機器名 2 単価 250,000円 × 5台 = 1,250,000円	
		税抜き					
		Wi-Fi環境整備 (税込)	1,530,000円			Wi-Fi設置工事費一式 1,390,910円 消費税 139,090円	
		合 計	5,780,000円				

介護ロボット導入等計画

1 事業所において介護職員に負担が生じている業務又は課題となっている業務

(1) 場面（最も該当するものを1つ選択してください）

移乗介護 移動支援 排せつ支援 見守り・コミュニケーション 入浴支援 介護業務支援

(2) 理由（複数選択可）

身体的負担が大きい 心理的負担が大きい 長時間を要する 大人数を要する
 必ずしも介護職員が行わなくてもよい その他（ ）

(3) 業務課題抽出及び効果検証の方法

職員アンケートを実施 ワーキングチームを作って検証 日誌の記録を確認
 その他（ ）

2 1の業務課題を解決するために導入すべき機器等（補助の有無を問わず、今後3年間の導入計画を記載すること）

(1) 介護ロボットの導入

見守り機器A
 見守り機器B

(2) 見守り機器の導入に伴う通信環境整備

◎既に見守り機器を導入している場合、その機器名：

Wi-Fi環境整備

3 交付申請を行う機器等の名称

(1) 介護ロボットの導入

見守り機器A

(2) 見守り機器の導入に伴う通信環境整備

Wi-Fi環境整備

4 導入後3年間の達成すべき目標（1項目以上設定すること。①～③のうち1項目は設定すること。なお、見守りセンサー、インカム・スマートフォン等のICT機器、介護記録ソフトを導入する場合は、①を設定すること。）

項目	機器を活用した具体的な取組み	具体的な評価指標	当初値 (令和5年5月時点)	導入年度の 翌年度末の目標値	導入年度の 翌々年度末の目標値
①人員体制の効率化	見守りデータを活用し、訪室するタイミングを見直す	訪室に要する介護職員数	2人	1人	1人
②利用者の満足度	利用者が離床した際に居室を訪問することで、転倒を防ぐ	転倒件数	70%	60%	50%
③介護時間の短縮					
④身体的負担の軽減	見守りデータを活用し、訪室するタイミングを見直す	定時の巡視以外の密な訪室	80%	70%	60%
⑤心理的負担の軽減					
⑥介護職員の満足度					
⑦その他					

5 期待される効果

センサーでの現状把握による、訪室に伴う職員の身体的負担の軽減。利用者が離床した際に居室訪問することによる、転倒率の減少。

※以下については、導入後に記入することとし、導入した年度の翌年度及び翌々年度の5月末までに報告すること。

6 導入機器

導入時期：

導入機器名：

導入台数：

7 結果

項目	具体的な評価指標	導入年度の 翌年度4月末※の値	導入年度の 翌年度末※の値
①人員体制の効率化	訪室に要する介護職員数		
②利用者の満足度	転倒件数		
③介護時間の短縮			
④身体的負担の軽減	定時の巡視以外の密な訪室		
⑤心理的負担の軽減			
⑥介護職員の満足度			
⑦その他			

※令和5年12月に導入した場合、令和6年4月末と令和7年3月末

8 導入した効果

9 生産性の向上及び収支の改善

10 目標を達成するための今後の課題

優先順位表

同一法人から複数施設申請
を行う場合は提出してください。

事業者名(法人名等):

社会福祉法人 福岡県庁

黄色のセルの入
力をお願いします。

優先順位	事業所番号	介護施設等名	申請金額
1	400000000	特別養護老人ホーム 福岡県庁	4,082,000円
2	400000001	介護老人保健施設 福岡県庁	3,600,000円
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

※必要に応じて行を追加すること。

債権者登録申出書

(新規・変更・取消)

(変更・取消を行う債権者番号)

--	--	--	--	--	--	--	--

※変更・取消の場合は必ず記入してください。

※工事関係の場合…該当するものに○
(精算払用・前金払用・精算前金両用)

申出の理由	1 新規	①新規取引 ②法人化による新規 ③前金払用口座登録のための新規 ④その他 ()
	2 変更	①名称変更 (旧名称) ②住所変更 ③支払方法や金融機関情報の変更 ④その他 ()
	3 取消	①重複登録による取消 (重複している債権者登録番号) ②法人化による取消 ③債権者死亡による取消 ④その他 ()

福岡県 殿	住所	福岡県福岡市博多区東公園7番7号	令和5年8月15日
	申出者名	社会福祉法人 福岡県庁 理事長 福岡太郎	
下記のとおり申出します。			

(法人にあつては法人の名称と代表者肩書・氏名を必ず記入してください。)
 ※新規及び変更の場合は、1~5すべての項目を記入してください。3の電子メールアドレスについては、お持ちの方は記入してください。
 ※取消の場合は、1~3までの項目を記入してください。

1	(フリガナ) 名称	シヤカイフクホカジン フクオカケンチョウ 社会福祉法人 福岡県庁
---	-----------	-------------------------------------

名称……法人にあつては法人名のみを記入し、法人以外の団体・組合または屋号を有するものにあつては、その名称および代表するものの肩書きと氏名を記入してください。

2	(フリガナ) 住所	〒 812-8577	福岡	福岡	福岡	博多
			福岡	福岡	福岡	博多
			福岡	福岡	福岡	博多
			福岡	福岡	福岡	博多
3	電話番号	092-643-3327	電子メールアドレス	k-kaigojinzai@pref.fukuoka.lg.jp		

4	支払方法	① 口座振替…………… (口座に自動入金) ② 隔地払 (送金払) …… (振替口座がない場合に選択)		
5	金融機関名	○× (銀行) △△支店	金融機関コード	支店コード
			0 0 0 0	0 0 0
	預金種別	① 普通 (総合) 預金 ② 当座預金 ※ (注) 貯蓄預金は不可	口座番号	0 0 0 0 0 0 0
	口座名義人 (カタカナで記入)	フクフクオカケンチョウ		

※金融機関情報に記入誤りがないうように十分に確認してください。
 誤りがあつた場合は、再度申請書を提出していただくことになり、支払が遅れる可能性があります。

※支払い先として指定できる金融機関について

〔口座振替の場合〕
 振替先の指定は県内、県外を問わずできますが、外国銀行および漁業協同組合の一部はできません。

〔隔地払の場合〕 ……金融機関名のみ記入
 県内送金の換金場所… 福岡銀行・西日本シティ銀行・筑邦銀行・福岡中央銀行の本・支店および福岡県信用農業協同組合連合会・福岡県内各農業協同組合の本所・支店のみ (ただし出張所、代理店等はできません)
 県外送金の換金場所… 口座振替に同じ (ただし、ゆうちょ銀行は直営店 (出張所を含む) のみ可能です。ゆうちょ銀行以外の金融機関の出張所・代理店等はできません。