

様

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)

福岡発番●●●●号
令和6年2月10日

福岡県知事 殿

事業完了日(=交付決定より前に事業が完了した場合は、交付決定通知を受領した日)から1か月以内

「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

押印
不要

令和5年度福岡県介護ロボット導入支援事業費補助金実績報告書

令和6年2月 日5高ケ推第1977号—〇〇で交付決定を受けた福岡県介護ロボット導入支援事業費補助金に係る実績報告について、福岡県介護ロボット導入支援事業費補助金交付要綱第15条の規定に基づき、関係書類を添えて報告します。

交付決定通知の番号
を記入

「事業所情報」を記入
(事業所名・事業所住所)

記

1 導入事業所名: 福岡県庁デイサービス
所在地: 福岡市●●区〇〇町●●丁目〇番●号

2 補助金精算額 金 4,082,000 円

3 経費所要額精算書(様式6-2)

4 対象経費の精算額内訳(様式6-3)

5 補助対象事業に係る契約書等の写し

6 補助対象事業に係る領収書の写し

7 その他添付資料

- (1) 補助対象事業の概要を示す写真
- (2) その他参考となる資料

様式6-2(1)、
6-2(2)で算出したH・E
欄の「確定額」の合計を記入

補助対象となるのは、
令和5年4月1日から、
年度末(=3月31日)までの日付のもの

導入機器が複数ある場合は、全ての機器が
台数分写ったもの

経費所要額精算書

事業所番号： 4000000000
 名称： 社会福祉法人 福岡県庁
 介護老人福祉施設

【介護ロボット等（第4条第一号に掲げる事業）の導入】

機器名	対象経費の 実支出額（税抜） (A)	補助率 (B)	実支出額×補助率 (A×B) (C) <small>※千円未満切捨て</small>	1台の補助額 (D)	利用定員数 (E)	(E)×0.2 (F) <small>※1台未満切上げ</small>	購入台数 (G)	補助額 (D×G) (H)	交付決定額 (I)	補助金 受入済額 (J)	差引過 不足額 (H-J) (K)
	円		円	円	人	台	台	円	円	円	円
機器名 1	1,500,000	4分の3	1,125,000	1,000,000	100	20	2	2,000,000	2,000,000		2,000,000
機器名 2			187,000	187,000			5	935,000	935,000	935,000	
移乗支援又は入浴支援以外	250,000										
合 計							7	2,935,000	2,935,000	0	2,935,000

プルダウンより
該当するものを
選択

機器一式当たりの
税抜単価を入力

関数が正常に働かなくなるため「円」
「台」「人」は入力しないでください
黄色のセルの入力をお願いします。
黄色のセル以外は自動入力です

交付決定通知書に
記載されてある交付
決定額を入力して
ください

- 注1 (A) 欄については、内訳が記載されている領収書等を必ず添付すること。
- 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で使用される介護ロボット | 1,000,000 |
| 上記以外 | 300,000 |
- 3 (G) 欄合計が、(F) 欄の台数を超えないこと。
- 4 (J) 欄は、概算払請求により受入を行った補助金額を記入すること。

概算払いを請求した場合は金額を入力してください
請求していない場合は空欄にしてください

対象経費の精算額内訳

黄色のセルのみ入力をお願いします。
黄色のセル以外は自動入力です。

事業所番号：	4000000000
導入事業所名：	社会福祉法人 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（第4条）：

区 分	支 出 済 額	積 算 内 訳
円		
介護ロボット	4,250,000	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
Wi-Fi環境整備 (税込)	1,530,000	Wi-Fi設置工事費一式 1,390,901円 消費税 139,090円
合 計	5,780,000円	

介護ロボットは、税抜価格で入力してください。
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。

対象外の経費は記載しないでください。
様式6-2の対象経費実支出額で算出した経費を記載してください。

※契約・発注等の**確定日付がわかる契約書等の写し**と、支払い完了がわかる**領収書・ネットバンキング画面等の写し**を必ず添付してください。

なお、**請求書のみでは支払い完了の証明とはなりません**ので、ご注意ください。

業務改善支援実施報告

(1)(2)のうち、実施したものに☑し、具体的な内容を記載してください。

厚生労働省のHPに掲載されている動画を視聴した場合は、(2)に☑をし、1～3、6のうち視聴した動画に☑をしてください。

事業者名(法人名等)	社会福祉法人 福岡県庁
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

(1) 第三者による業務改善支援

具体的な内容
(例) ○○株式会社(業務改善を支援する事業者)から、生産性向上に係る事前評価(課題抽出)、業務改善に係る助言・指導等、事後評価の支援を受けた。

(2) 介護現場における生産性向上の取組に関する研修・相談等

具体的な内容
(例1) ICTを導入・活用するにあたり必要となるスキルアップ研修を○○株式会社(販売業者等)から受けた。 (例2) 導入機器を検討する際に、九州介護ロボット開発・実証・普及促進センターに相談をした。
厚生労働省のHPに掲載されている以下の動画を視聴した。
<input checked="" type="checkbox"/> 1 第5回 生産性向上ビギナーセミナー(九州・沖縄) <input type="checkbox"/> 2 介護分野における生産性向上推進全国フォーラム <input type="checkbox"/> 3 介護分野における生産性向上推進フォーラム <input type="checkbox"/> 6 改善活動における支援・促しの有効性の紹介セミナー