

基本情報入力シート

1 基本情報

このシートに入力された内容が、他シートに転記されるようになっています。右側の説明を参考に、必要事項を入力してください。

入力内容が別紙様式に反映されます。

		社会福祉法人 福岡県庁	申請する法人の情報を入力してください。
		812-8577	
イ)		福岡県福岡市博多区東公園7番7号	
ロ)			
		理事長	
		福岡 太郎	
		特別養護老人ホーム 福岡県庁	
申請事業所 事業所番号	事業所番号	4000000000	申請する事業所の情報を入力してください。
申請事業所住所	郵便番号	812-8577	
	住所1(番地・住居番号まで)	福岡県福岡市博多区東公園7番7号	
	住所2(建物名等)		
申請事業所サービス種別	サービス種別	介護老人福祉施設	
書類作成担当者	部署・役職等	介護人材確保対策室 事務	本申請に係る担当者の情報を入力してください。 ※書類に不備等がある場合、こちらに記載の担当者までご連絡させていただきます。
	フリガナ	フクオカ ハナコ	
	氏名	福岡 花子	
連絡先	電話番号	092-643-3327	本補助金に係る連絡先の情報を入力してください。 ※メールアドレスについては、担当者が変更になっても連絡のとれるメールアドレス(代表のアドレス等)を入力してください。
	FAX番号	092-643-3253	
	e-mail	k-kaigojinzai@pref.fukuoka.lg.jp	
県からの各種 通知文等郵送先	宛名	特別養護老人ホーム 福岡県庁	
	郵便番号	812-8577	
	住所1(番地・住居番号まで)	福岡県福岡市博多区東公園7番7号	
	住所2(建物名等)		
補助金の支払い先情報	県に口座登録をしたことがあるかの確認	県に口座登録をしていない	県に口座登録をしているか否かについて選択してください。
	債権者登録番号		県に口座登録をしている場合は、債権者登録番号を入力してください。 ※債権者登録番号が不明な場合は空欄のままです。
	金融機関名	福岡銀行	本補助金の入金を希望する口座の情報について、入力してください。
	支店名	県庁支店	
	預金種別	普通預金	
	口座番号	0000000	

2 申請情報

申請日	日付	令和6年8月19日	本補助金の申請日を入力してください。
文書番号	事業所管理の文書番号	福岡発番〇〇〇号	法人・事業所で外部に発出する文書に番号を付与している場合は、入力してください。 (なければ入力不要です)
申請時点の利用定員数	人数	100人	申請時点の利用定員数を入力してください。

【交付申請書と一緒に提出してください】

福岡県介護ロボット導入支援事業費補助金

提出前に不足書類がないかを
必ずご確認のうえ、ご申請くだ
さい。

担当者	氏名	福岡 花子(フクオカ ハナコ)		
郵送先	宛名	特別養護老人ホーム 福岡県庁	郵便番号	812-8577
	住所	福岡県福岡市博多区東公園7番7号		
連絡先	電話番号	092-643-3327	メールアドレス	k-kaigojinzai@pref.fukuoka.lg.jp
債権者登録番号				

※ 必ず全てにチェックしてください。

チェック欄	提出書類
☒	基本情報入力シート
☒	様式1 福岡県介護ロボット導入支援事業費補助金交付申請書
☒	様式1-2 経費所要額調書
☒	様式1-3 事業計画書
☒	様式1-4 役員一覧
☒	別紙様式 介護ロボット導入等計画
☒	業務改善計画書
☒	対象経費ごとの単価及び内訳が詳細に記載された、業者等による見積書の写し【注1】
☒	導入(予定)機器の仕様書やパンフレット等説明資料【注2】
☒	(補助金の支払いを希望する口座の)通帳の写し
☒	以上、10件の書類全てを提出している※
☐	(同一法人内で複数事業所申請する場合のみ) 別紙様式2 優先順位表
☒	(県に口座登録をされたことがない、したかわからない場合のみ) 債権者登録申出書
☐	(通信環境整備事業のみの申請の場合) 既に導入している見守り機器の写真

【注記】

注1 介護ロボットに限らず、他の対象経費に係る見積書も提出してください。

注2 対象となる介護ロボット等が交付要綱に規定する要件等に合致していることが分かる資料(業者による仕様書やパンフレット等)を提出してください。

【補助金の支払い先について】

- 県から補助金の支払いを受けるためには、県に対して支払い先となる金融機関の口座登録(債権者登録)が必要となります。
- 県に口座登録されたことがない場合は、債権者登録申出書及び登録する口座の通帳表紙の表裏両面の写し(金融機関・支店名、普通・当座預金の別、口座番号、口座名義が分かる箇所)を併せて提出してください。
- 既に、県に口座登録されている(県から補助金等の金銭支払いを受けたことがある)場合も、支払い先確認のため、お手数ですが登録されている口座の通帳表紙の表裏両面の写し(金融機関・支店名、普通・当座預金の別、口座番号、口座名義が分かる箇所)を提出願います。
- なお、支払いは原則として精算払い(実績報告提出後)となりますので、予め御了承願います。

様式 1 (第 9 条関係)

本様式は全ての箇所が自動入力となっておりますので、入力箇所はありません。

ただし、郵送での提出時に押印(法人印)または代表者による署名が必須となりますので、ご注意ください。

福 岡 発 番 ○ ○ ○ 号
令 和 6 年 8 月 1 9 日

所 在 地 福岡県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 6 年度福岡県介護ロボット導入支援事業費補助金交付申請書

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関係書類を添えて申請します。

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： 福岡県福岡市博多区東公園 7 番 7 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 事業計画書(様式 1 - 3)
- 5 見積書の写し
- 6 役員一覧(様式 1 - 4)
- 7 その他添付書類

経費所要額調書

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

【介護ロボット導入支援事業（第4条第一号に掲げる事業（介護ロボットを導入する事業））】

機器名	対象経費支出予定額 (税抜) (A)	補助率 (B)	支出予定額×補助率 (A×B) ※千円未満切捨て (C)	1 台の補助額 (D)	利用定員数 (E)	限度台数 (E) × 0. 2 ※ 1 台未満切上げ (F)	申請台数 (G)	補助金申請額 (D × G) (H)
	円		円	円	人	台	台	円
機器名 1		4 分の 3			100	20		
移乗支援又は入浴支援	1, 500, 000		1, 125, 000	1, 000, 000			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

- 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。
- 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。

経費所要額調書

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

【介護ロボット導入支援事業（第 4 条第二号に掲げる事業（通信環境を整備する事業））】

	対象経費内訳	対象経費支出予定額	補助率	支出予定額×補助率 (A×B) ※千円未満切捨て	基準額	補助金申請額
		(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
第5条第二号イ (Wi-Fi環境整備)	Wi-Fi環境整備	円 1,530,000	4分の3	円 1,147,000	円 1,500,000	円 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。
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。



事業計画書

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（第4条）：

区 分	支 出 予 定 額	積 算 内 訳
	円	
介護ロボット導入	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 1,390,910円 消費税 139,090円
合 計	5,780,000	

役 員 一 覧

令和 6 年 8 月 19 日

福岡県知事 殿

(法人情報)
所 在 地 福岡県福岡市博多区東公園7番7号
名 称 社会福祉法人 福岡県庁
代表者氏名 理事長 福岡 太郎

	役職名	姓ｶﾅ (半角ｶﾅ)	名ｶﾅ (半角ｶﾅ)	姓	名	生年月日				性別 男性:M 女性:F
						元号 大正:T 昭和:S 平成:H 令和:R	年	月	日	
1	理事長	ﾌｹｴｶ	ﾀﾛｳ	福岡	太郎	S	59	6	5	M
2	理事	ﾌｹｴｶ	ﾊﾅｺ	福岡	花子	S	61	8	5	F
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										

入力欄が不足する場合は適宜、行を追加して入力してください。

※ 役員全員を記載すること。
※ 入力欄が不足する場合は、適宜行を追加して入力してください。

法人名及び事業所名	社会福祉法人 福岡県庁 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

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）

☐ 移乗支援	☐ 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ともよい	☐ その他	その他を選択した場合は、右欄に内容を記載してください。

(3) 業務課題抽出及び効果検証の方法（複数選択可）

☐ 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	その他を選択した場合は、右欄に内容を記載してください。	

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）、（2）それぞれ最大4つまで記載すること。

(1) 介護ロボットの導入 ※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）

① 見守り機器A	② 見守り機器B
③	④

(2) 見守り機器の導入に伴う通信環境整備 ※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）

◎既に見守り機器を導入していますか？	導入していない	既に導入している機器名を入力してください。	
--------------------	---------	-----------------------	--

① Wi-Fi環境整備	②
③	④

3 交付申請を行う機器等の名称

(1) 介護ロボットの導入 ※今年度申請を行う機器を、次の欄に記載すること。

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 ※今年度申請を行う機器を、次の欄に記載すること。

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 (2024年8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	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 ※3に記載した機器を導入することにより、期待される効果について記載すること。

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。
--

6 補助要件適合確認（該当する箇所に○をつけること）

(1) 介護ロボットの導入を申請する場合

少なくとも見守りセンサー、インカム・スマートフォン等のICT機器、介護記録ソフトの3点を活用し、従前の介護職員等の人員体制の効率化を行うとともに、利用者のケアの質の向上や職員の休憩時間の確保等の負担軽減に資する取組を行うことを予定していること。	○
--	---

(2) 見守り機器の導入に伴う通信環境整備を申請する場合

生産性向上推進体制加算（Ⅰ）を取得するよう努めること。	○
-----------------------------	---

利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を設置すること。	
--	--

補助要件の確認欄となります。内容をご確認の上、黄色のセルに○を入力してください。

※生産性向上推進体制加算対象外のサービスの場合

⇒該当する選択肢の欄に○印をつけてください
⇒プルダウンメニューから該当する選択肢を1つ選んでください
⇒文字等を直接入力してください

※どちらかに○を付けてください。

緑囲みの部分は入力不要です。

○ 介護テクノロジー導入支援事業
- 介護テクノロジー定着支援事業

業務改善計画

(ア)事業所の基本情報

(1)	事業所番号	4000000000
(2)	事業所名	特別養護老人ホーム 福岡県庁
(3)	事業所所在地	40福岡県
(4)	事業所住所	福岡県福岡市博多区東公園7番7号
(5)	事業所サービス	510_介護老人福祉施設
(6)	事業所利用職員数	31名～
(7)	事業所職員数	21～30名

4000000000
特別養護老人ホーム 福岡県庁
40福岡県
福岡県福岡市博多区東公園7番7号
510_介護老人福祉施設
31名～
21～30名

(イ)事業計画

①-1 事業所の課題

事業所の課題を選択してください。

複数選択可

☐	記録業務に要する時間が長い	☐	文書の量が多い
☐	事業所内の情報共有が非効率	☐	他事業所との情報共有が非効率
☒	職員の心理的負担が大きい	☐	超過勤務が多い
☐	記録が不正確・不十分	☐	
☐	その他	☐	(自由記述)

①-2 導入する機器等

導入済み機器は「●」、今年度導入予定機器は「○」を入力してください。

※導入済み
今年度導入

複数選択可

☒	介護ソフト等	☐	モバイルPC
☐	タブレット情報端末	☐	スマートフォン
☐	通信環境機器等	☐	インカム
☐	介護ロボット(見守りセンサー以外)	☒	見守りセンサー
☒	その他	☐	(自由記述)Wi-Fi環境整備

② 参考にした資料等

介護ロボット等のテクノロジーを導入するにあたって、参考にした資料を選択してください。
該当がなければ選択不要です。

複数選択可

☐	介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン
☒	介護サービス事業所におけるICT 機器・ソフトウェア導入に関する手引き
☐	介護ソフトを選定・導入する際のポイント集
☐	介護ロボットのパッケージ導入モデル
☐	介護現場で活用されるテクノロジー便覧
☐	プラットフォーム窓口や介護生産性向上総合相談センター
☐	その他
☐	(自由記述)

③ 研修等への参加状況

過去に参加したことのある研修を選択してください。
該当がなければ選択不要です。

複数選択可

☐	厚生労働省主催 介護現場における生産性向上推進フォーラム(オンデマンド視聴を含む)
☐	厚生労働省主催 介護現場における生産性向上ビギナーセミナー(オンデマンド視聴を含む)
☐	日本介護福祉士会主催 デジタル・テクノロジー基本研修
☒	その他
☐	(自由記述)県作成の動画を視聴

④ 機器等の導入と併せて実施する取組

複数選択可

機器等の導入と併せて実施する取組について、選択してください。

☐	職場の環境整備の見直し(整理整頓等)
☒	業務の明確化と役割分担の見直し(業務全体の流れの再構築、テクノロジーの業務手順書・マニュアルの作成(申し送り等の標準化等)
☐	記録・報告様式の見直し
☐	情報共有の方法の見直し
☐	OJTの仕組みづくり(研修の実施等)
☐	理念・行動指針の徹底
☐	その他
☐	(自由記述)

⑤-1 文書量を半減させる予定の文書の書類

テクノロジーの導入により削減される文書を選択してください。また、削減される文書の枚数(凡そ)を選択してください。

複数選択可

☐	利用者ごとの計画作成や記録に係る書類(例:アセスメントシート、サービス担当者会議)
☐	介護報酬の請求に関する文書(例:サービス提供表、介護給付費明細書)
☒	実施記録(例:送迎の記録、入浴の記録)
☐	加算に係るチェックシート、スクリーニング様式等(例:各種スクリーニング様式)
☐	その他
☐	(自由記述)

1～50

⑥ ケアプランデータ連携システム等の利用

ケアプランデータ連携システム等の利用状況及びLIFEの利用状況について、選択してください。

複数選択可

☐	その他厚生労働省が認めたシステム
☐	サービス利用票
☐	(自由記述)

⑦ SECURITY ACTIONの宣言状況及び個人情報保護のセキュリティ対策について、選択してください。

※SECURITY ACTIONを宣言すること及びセキュリティ対策を講じることは申請の必須要件です。

複数選択可

☒	利用申請を行っている
☒	インポート(CSV取込)機能の活用
☐	LIFE上での直接入力

⑧ 個人情報保護のセキュリティ対策

複数選択可

☒	「★一つ星」又は「★★二つ星」のいずれかを宣言している
☒	講じている

優先順位表

事業者名(法人名等): 社会福祉法人 福岡県庁

優先順位	事業所番号	介護施設等名	申請金額
1	4000000000	特別養護老人ホーム 福岡県庁	4,082,000円
2	4000000001	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

(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)

新規		
申出の理由	新規	新規取引

福岡県 殿	日付 令和6年8月1日
住所	福岡県福岡市博多区東公園7番7号 福岡県庁ビル2階
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。	

(法人にあっ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)	シャカイフクシホウジン フクオカケンチョウ
	名称	社会福祉法人 福岡県庁

名称……法人にあっ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っては、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	福岡県	福岡市	博多区
		東公園7番7号 福岡県庁ビル2階			
		東公園7番7号 福岡県庁ビル2階			
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	口座振替 (口座に自動入金)					
5	金融機関名	福岡銀行 県庁支店	金融機関コード		支店コード		※金融機関情報に記入誤りがないよう十分に確認してください。誤りがあった場合は、再度申請書を提出していただくことになり、支払いが遅れる可能性があります。
	預金種別	普通預金	0 0 0 0		0 0 0		
			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					

※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。