

## 見積書

No: 123456-123

発行日: 2025/7/27

〒123-1234 東京都世田谷区〇〇〇 1-2-3  
株式会社サンプル 〇〇支社  
営業部 担当者: △△ 〇〇様

株式会社 日本サンプル (ロゴ)  
東京都杉並区〇〇〇 1-2-3  
△△ビル 1F 123  
☎ 03-1234-5678 ✉ info@japansample.com

下記の通り見積り申し上げます。

見積金額(税込)	¥2,222,000-
----------	-------------

1台当たりの金額(税込)  
 $1,000,000 \times 1.1 = 1,100,000$ 円

商品名/品目	数量	単価	金額	(税込み)
介護テクノロジー本体				
移乗ロボットA	2台	1,000,000	2,000,000	2,200,000
付属品〇〇	1式	50,000	50,000	55,000
付帯経費				
値引き	1式	-30,000	-30,000	-33,000
値引き額				
補助申請額に消費税を含めない場合、税抜き価格を「補助対象経費算出シート」に入力してください。				
【不適切な見積書の例】				
移乗ロボット導入経費 1式 2,222,000円				
※上記のような表記しかない見積書では、導入内容の内訳が確認できないため、受付することができません。導入業者と調整の上、全ての経費の内訳が確認できる形式の見積書を作成の上、提出してください。				

見積書の有効期限: 2025/12/31

小計(税抜)	消費税(10%)	合計(税込)
¥2,020,000	¥202,000	¥2,222,000

備考欄:



# 見積書

No: 123456-123

発行日: 2025/7/27

〒 123-1234 東京都世田谷区〇〇〇 1-2-3  
株式会社サンプル 〇〇支社  
営業部 担当者: △△ □□ 様

§●●●●§ JAPAN サンプル (ロゴ)  
株式会社 日本サンプル  
東京都杉並区〇〇〇 1-2-3  
△△△ビル 1F 123  
☎ 03-1234-5678



下記の通りお見積り申し上げます。

見積金額 (税込)	¥2,475,000-
-----------	-------------

介護ソフト導入価格 (税込)  
 $1,650,000 + 275,000 + 220,000 + 55,000$   
 $= 2,200,000$ 円

商品名 / 品目	数量	単価	金額	(税込み)
〇〇介護ソフト使用権パック (5本セット)	1 式	1,500,000	1,500,000	1,650,000
〇〇介護ソフト環境構築費	1 式	250,000	250,000	275,000
〇〇介護ソフト設定費	1 式	200,000	200,000	220,000
操作説明	1 式	50,000	50,000	55,000
タブレット端末	4 台	50,000	200,000	220,000
デスクトップパソコン	1 台	200,000	200,000	220,000
値引き額	1 式	-150,000	-150,000	-165,000

介護ソフト導入価格

情報端末価格

値引き額

情報端末価格 (税込)

①  $50,000 \times 1.1 = 55,000$ 円

②  $200,000 \times 1.1 = 220,000$ 円

補助申請額に消費税を含めない場合、税抜き価格を「補助対象経費算出シート」に入力してください。

### 【不適切な見積書の例】

介護ソフト導入経費 1 式 2,475,000円

※上記のような表記しかない見積書では、導入内容の内訳が確認できないため、受付することができません。導入業者と調整の上、全ての経費の内訳が確認できる形式の見積書を作成の上、提出してください。

見積書の有効期限: 2025/12/31

小計 (税抜)	消費税 (10%)	合計 (税込)
¥2,250,000	¥225,000	¥2,475,000

備考欄:

# 見積書

No: 123456-123

発行日: 2025/7/27

〒 123-1234 東京都世田谷区〇〇〇 1-2-3  
株式会社サンプル 〇〇支社  
営業部 担当者: △△ □□ 様

株式会社 JAPAN サンプル (ロゴ)  
株式会社 日本サンプル  
東京都杉並区〇〇〇 1-2-3  
△△ビル 1F 123  
☎ 03-1234-5678 ✉ info@japansample.com



下記の通りお見積り申し上げます。

見積金額 (税込)	¥1,320,000-
-----------	-------------

1 台当たりの金額 (税込)  
 $1,000,000 \times 1.1 = 1,100,000$ 円

商品名 / 品目	数量	単価	金額	(税込み)
介護テクノロジー本体				
介護業務支援機器A	1 台	1,000,000	1,000,000	1,100,000
見守り用 カメラ	1 台	150,000	150,000	165,000
取付費用	1 式	50,000	50,000	55,000
スマートフォン	1 台	100,000	100,000	110,000
値引き	1 式	-100,000	-100,000	-110,000

付帯経費

情報端末価格

値引き額

付帯経費 (税込)  
 $165,000 + 55,000 = 220,000$ 円

情報端末価格 (税込)  
 $100,000 \times 1.1 = 110,000$ 円

補助申請額に消費税を含めない場合、税抜き価格を「補助対象経費算出シート」に入力してください。

### 【不適切な見積書の例】

介護業務支援機器導入経費 1 式 1,320,000円

※上記のような表記しかない見積書では、導入内容の内訳が確認できないため、受付することができません。導入業者と調整の上、全ての経費の内訳が確認できる形式の見積書を作成の上、提出してください。

見積書の有効期限: 2025/12/31

小計 (税抜)	消費税 (10%)	合計 (税込)
¥1,200,000	¥120,000	¥1,320,000

備考欄:

# 見積書

No: 123456-123

発行日: 2025/7/27

〒 123-1234 東京都世田谷区〇〇〇 1-2-3  
株式会社サンプル 〇〇支社  
営業部 担当者: △△ □□ 様

株式会社 JAPAN サンプル (ロゴ)  
株式会社 日本サンプル  
東京都杉並区〇〇〇 1-2-3  
△△ビル 1F 123  
☎ 03-1234-5678 ✉ info@japansample.com



下記の通り見積り申し上げます。

見積金額 (税込)	¥3,696,000-
-----------	-------------

1 台当たりの金額 (税込)  
 $300,000 \times 1.1 = 330,000$ 円

商品名 / 品目	数量	単価	金額	(税込み)
介護テクノロジー本体				
介護業務支援機器B	8 台	300,000	2,400,000	2,640,000
見守り用 カメラ	7 台	20,000	140,000	154,000
管理用サーバー	1 式	200,000	200,000	220,000
取付費用	1 台	110,000	110,000	121,000
デスクトップパソコン	1 台	300,000	300,000	330,000
スマートフォン	7 台	30,000	210,000	231,000

付帯経費

情報端末価格

補助申請額に消費税を含めない場合、税抜き価格を「補助対象経費算出シート」に入力してください。

付帯経費 (税込)  
 $154,000 + 220,000 + 121,000 = 495,000$ 円

情報端末価格 (税込)  
①  $300,000 \times 1.1 = 330,000$ 円  
②  $30,000 \times 1.1 = 33,000$ 円

### 【不適切な見積書の例】

介護業務支援機器導入経費 1 式 3,696,000円

※上記のような表記しかない見積書では、導入内容の内訳が確認できないため、受付することができません。導入業者と調整の上、全ての経費の内訳が確認できる形式の見積書を作成の上、提出してください。

見積書の有効期限: 2025/12/31

小計 (税抜)	消費税 (10%)	合計 (税込)
¥3,360,000	¥336,000	¥3,696,000

備考欄:



# 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。

※申請内容に応じ、不要な入力欄は黒色表示となります。

してください。記入内容が別紙様式に反映されます。

法人格 法人格の位置 社名(法人格を除いた名称) 法人名 郵便番号 住所1(番地まで) 住所2(建物名等) 職名 氏名 名称 事業所番号 郵便番号 住所1(番地・住居番号まで) 住所2(建物名等)	法人格	社会福祉法人	申請する法人の情報を入力してください。
	法人格の位置	社名の前	
	社名(法人格を除いた名称)	福岡県庁	
	法人名	社会福祉法人 福岡県庁	
	郵便番号	811-8577	
	住所1(番地まで)	福岡県福岡市博多区東公園7番7号	
	住所2(建物名等)		
	職名	理事長	
	氏名	福岡 太郎	
	名称	特別養護老人ホーム 福岡県庁	
申請事業所住所 申請事業所サービス種別	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。
	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	
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	
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	1234567	

## 2 申請情報

申請日	日付	令和7年8月1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)
法人内 優先順位	同一法人内で、複数事業所の申請を行いますか？	はい	同一法人で複数事業所の申請を行うかどうかについてご回答ください。
	申請事業所の優先順位	2	申請事業所の法人内での優先順位を入力してください。

補助要件適合確認シート

申請内容に従い、チェックを付けてください。

※申請内容に応じ、不要な選択肢は黒色表示となります。

について回答してください。

介護ソフト(を除く)を申請しますか?	○
を申請しますか?	○
あり重点分野に該当しない機器 (床走行式リフト、天井吊り下	
りリフト)	
・介護施設等における調理支援などの職員の負担を軽減する機器 (一括で調理支援を行う機器、加熱・冷蔵機能等を備えた配膳車や配膳ロボット等)	
・移乗支援の場面で使用する生産性向上に資する福祉用具 (スライディングボード、スライディングシート、スライディンググローブ)	○
・職員間の情報共有や職員の移動負担の軽減など効果的・効率的なコミュニケーションを図るための機器(インカム等)	
・バックオフィスソフト (電子サインシステム、給与・勤怠管理等)	
・バイタル測定が可能なウェアラブル端末	
申請時点の利用定員数を入力してください。 ※利用定員がないサービスの場合、利用者数を入力してください。	100人
「C.介護ソフト」を申請しますか?	○
令和7年度中に「ケアプランデータ連携システム」により5事業所以上とデータ連携を実施しますか?	いいえ
導入する介護ソフトはアカウント数によりライセンス料が変動しますか?	はい
導入事業所の職員数を入力してください。 ※職員数の考え方は、「令和7年度介護DX支援事業費補助金実施要領」の8ページを参照してください。	31人
「D.介護テクノロジーのパッケージ型の導入」を申請しますか?	○
「E.導入支援と一体的に行う業務改善支援」を申請しますか?	○

②該当する補助要件について、回答してください。(該当する補助要件は全て満たす必要があります。)  
(補助要件適合確認)

<b>A～E共通</b>	
次のいずれかの支援を受けること	
生産性向上について、第三者(コンサル企業等)から個別の契約に基づく支援を受けること。	
福岡県介護DX支援センターが主催するセミナーへの参加を予定している又は、オンデマンド配信動画を視聴すること。	○
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又は設置していること。	○
本事業による機器等の導入・活用により、業務の改善・効率化等が進められ収支の改善が図られた場合には、職員の賃金へも適切に還元し、その旨を職員等に周知すること。	
「SECURITY ACTION」の「★一つ星」又は「★★二つ星」のいずれかを宣言していること。	○
県から業務改善計画の様式が示された際は、速やかに作成し、提出すること。	○
科学的介護情報システム(Long-term care Information system For Evidence:LIFE(ライフ))による情報収集に協力すること。	○
厚生労働省等が実施する効果検証事業等に可能な限り協力すること。	○
補助を受けた翌年度から3年間、業務改善計画に対する効果を報告すること。	○
<b>Bを申請する場合のみ ※導入するその他の機器の種別により、条件が異なります。</b>	
重点分野に該当する機器を導入する、又は既に重点分野に該当する機器を導入していること。	○
次のいずれかを満たすこと。	
福岡県ノーリフティングケア普及促進事業の取組施設であること。	
福岡県庁HPに掲載しているノーリフティングケアの実践報告会又は取組報告の動画を視聴すること、及びノーリフティングケアへの取組に関する計画書を作成・提出すること。	○
<b>Dを申請する場合のみ</b>	
申請前に福岡県介護DX支援センターに導入内容について事前相談を行うこと。	○
導入後は県のモデル事業所として、センターが主催する研修等での事例発表等に協力すること。	○

【交付申請書と一緒に提出してください】

## 福岡県介護DX支援事業費補助金交付申請書

法人名	社会福祉法人 福岡県庁
事業所名	特別養護老人ホーム 福岡県庁

※ 該当する項目全てに○をつけてください。

チェック欄	提出
<input type="radio"/>	基本情報入力シート
<input type="radio"/>	補助要件適合確認シート
<input type="radio"/>	様式1 福岡県介護DX支援事業費補助金交付申請書
<input type="radio"/>	様式1-2 経費所要額調書 ※申請内容に応じて、作成すること
<input type="radio"/>	様式1-2(1) 経費所要額調書 ※A又はBを申請する場合に作成
<input type="radio"/>	様式1-2(2) 経費所要額調書 ※Cを申請する場合に作成
<input type="radio"/>	様式1-2(3) 経費所要額調書 ※Dを申請する場合に作成
<input type="radio"/>	様式1-2(4) 経費所要額調書 ※Eを申請する場合に作成
<input type="radio"/>	様式1-3 事業計画書
<input type="radio"/>	様式1-4 役員一覧
<input type="radio"/>	別紙様式(1) 介護テクノロジー等導入計画
<input type="radio"/>	別紙様式(2) ノーリフティングケア実施計画
<input type="radio"/>	補助対象経費算出シート(郵送での提出は不要)
<input type="radio"/>	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】
<input type="radio"/>	(補助金の支払いを希望する口座の)通帳の写し
<input type="radio"/>	(同一法人内で複数事業所申請する場合のみ) 別紙様式(3) 優先順位表
<input type="radio"/>	(過去に県に口座登録をしたことがない、又はわからない場合のみ) 債権者登録申出書

提出書類がそろっているか確認のうえ、チェックを付けてください。

チェック欄以外は自動入力です。

### 【注記】

注1 介護テクノロジーに限らず、他の対象経費に係る見積書も提出してください。

### 【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。
- 過去、県に口座登録をし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、県に口座登録を行っている(過去に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8条関係）

※自動入力のため、  
入力箇所はありません。

福 岡 発 番 〇 〇 〇 号  
令 和 7 年 8 月 1 日

※郵送で提出する用紙には、  
記名押印または代表者による署名が必要です

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7年度福岡県介護DX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DX支援事業費補助金交付要綱第8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 8,501,000円
- 3 経費所要額調書（様式1-2）
- 4 見積書の写し
- 5 事業計画書（様式1-3）
- 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：400000000  
 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

【介護ロボットの導入（第4条第一号及び同条第二号に掲げる事業のうち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 (A) 円	補助率 (B)	支出予定額×補助率 (A×B) ※千円未満切捨て (C) 円	1台の補助額 (D) 円	利用定員数 (E) 人	限度台数 (E)×0.2 ※1台未満切上げ (F) 台	申請台数 (G) 台	補助金申請額 (D×G) (H) 円
移乗ロボットA		4分の3			100	20		
移乗支援又は入浴支援	1,111,000		833,000	833,000			2	1,666,000
スライディングボードA								
その他の機器	22,000		16,000	16,000			5	80,000
合計							7	1,746,000

「補助対象経費算出シート」で算出した金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」に該当する機器または「その他の機器」	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。

様式 1 - 2 (2)

## 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

【介護ソフトの導入（第4条第一号に掲げる事業のうち介護ソフトを導入する事業）】

対象経費内訳	対象経費の 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	導入事業所 職員数 (D) 人	基準額 (E) 円	補助金申請額 (F) 円
〇〇介護ソフト	2,388,334	4分の3	1,791,000	31	2,500,000	1,791,000

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 (C) 欄は、千円未満切捨て。

3 (E) 欄は、(D) 欄の職員数に応じて、下表のとおり。

職員数	基準額
1名以上10名以下	1,000,000円
11名以上20名以下	1,500,000円
21名以上30名以下	2,000,000円
31名以上	2,500,000円

4 職員数に応じて必要なライセンス数変動するなど、職員数により合計金額が変動する契約の場合は、職員数に応じた基準額、それ以外の方式の契約の場合は一律250万円を基準額とする。また、別表2の①に定める事業所であって、令和7年度中に「ケアプランデータ連携システム」により5事業所以上とデータ連携を実施する場合は、基準額に5万円を加算する。

5 (F) 欄は、(C) 欄の額と (E) 欄の額を比較して少ない方の額を記入すること。

「補助対象経費算出シート」で算出した  
金額を入力してください。

様式 1 - 2 (3)

「補助対象経費算出シート」で算出した  
金額を入力してください。

## 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

【介護テクノロジーのパッケージ型の導入（第4条第三号に掲げる事業）】

対象経費内訳	対象経費の 支出予定額 (A) 円	補助率 (B)	予定額×補助率 (A×B) ※千円未満切捨て (C) 円	基準額 (D) 円	補助金申請額 (E) 円
介護業務支援機器 A 介護業務支援機器 B	6,119,334	4分の3	4,589,000	10,000,000	4,589,000

- 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 (C) 欄は、千円未満切捨て。  
3 (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。

様式1-2 (4)

業務改善支援に係る経費については、「補助対象経費算出シート」を使用する必要はありません。見積書より業務改善に要する経費を直接入力してください。

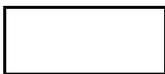
## 経費所要額調書

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

【業務改善支援（第4条第四号に掲げる事業）】

対象経費内訳	対象経費の 支出予定額 (A) 円	補助率 (B)	予定額×補助率 (A×B) ※千円未満切捨て (C) 円	基準額 (D) 円	補助金申請額 (E) 円
業務改善支援	500,000	4分の3	375,000	450,000	375,000

- 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 (C) 欄は、千円未満切捨て。  
3 (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。



**自動入力のため、  
入力箇所はありません。**

## 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 円	積 算 内 訳
A. 重点分野に該当する介護テクノロジー	2,222,000	A. 重点分野に該当する介護テクノロジーに係る経費 2,222,000円
B. 重点分野に該当しないその他の機器	110,000	B. 重点分野に該当しないその他の機器に係る経費 110,000円
C. 介護ソフト	2,388,334	C. 介護ソフトに係る経費 2,388,334円
D. 介護テクノロジーのパッケージ型導入	6,119,334	D. 介護テクノロジーのパッケージ型導入に係る経費 6,119,334円
E. 業務改善支援	500,000	E. 業務改善支援に係る経費 500,000円
合 計	11,339,668	

役員一覧

令和7年8月1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	フカカ	タロウ	福岡	太郎	S	59	6	5	M		
2	理事	フカカ	ハナコ	福岡	花子	S	61	8	5	F		
3	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。											
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												

※ 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。

**黄色のセルのみ入力をお願いします。  
グレーのセルについては、入力が必要な  
場合、黄色のセルへと変化します。**

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

介護テクノロジー等導入計画  
する業務

<input type="checkbox"/> 移乗支援	<input type="checkbox"/> 移動支援	<input type="checkbox"/> 排せつ支援	<input type="checkbox"/> 見守り・コミュニケーション	
<input type="checkbox"/> 入浴支援	<input type="checkbox"/> 介護業務支援	<input type="checkbox"/> 介護記録	<input type="checkbox"/> 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) 理由(複数選択可)

<input type="checkbox"/> 身体的負担が大きい	<input type="checkbox"/> 心理的負担が大きい	<input type="checkbox"/> 長時間を要する	<input type="checkbox"/> 記録が不正確・不十分	<input type="checkbox"/> 文書の量が多い
<input type="checkbox"/> 大人数を要する	<input type="checkbox"/> 必ずしも介護職員が行わなくてもよい	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> 職員アンケートを実施	<input type="checkbox"/> ワーキングチームを作って検証	<input type="checkbox"/> 日誌の記録を確認	
<input type="checkbox"/> 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 導入済みの介護テクノロジー等 ※主なものを4つまで入力

(1) 介護テクノロジー等の導入 ※介護ソフトを除く

種別	製品名	種別	製品名
① ①移乗支援	移乗支援ロボット〇〇	②	
③		④	

(2) 介護ソフトの導入 ※複数のソフトを連携して使用している場合、全て記載すること。

介護ソフト名	-
--------	---

3 1の業務課題を解決するために導入すべき機器等 ※今年度申請を行う機器を次の欄に記載すること。

(1) 介護テクノロジー等の導入 ※業務課題を解決するために導入すべき機器等。(介護ソフトを除く)

新規導入、追加導入の別	種別	製品名	新規導入、追加導入の別	種別	製品名
① 新規導入	①移乗支援	移乗ロボットA	② 追加導入	その他(移乗支援の場面で使用する福祉用具)	スライディングボードA
③ 新規導入	⑥介護業務支援※介護ソフトを除く	介護業務支援機器A	④ 新規導入	⑥介護業務支援※介護ソフトを除く	介護業務支援機器B
⑤			⑥		

(2) 介護ソフトの導入 ※一気通貫：記録業務、情報共有業務、請求業務を転記等なしに介護ソフトのみで完結できること

導入形態	新規導入	改修内容を選択してください	※複数該当する場合は、主たる改修内容を1つ選択すること
導入する(している)介護ソフト名	〇〇介護ソフト		

4 導入後3年間の達成すべき目標(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は必ず設定すること。)

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(2025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。介護ソフトの導入による、記録業務、転記等業務時間の削減。
--

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

## ノーリフティングケア実施計画

### 1 現在の職場環境について

職場内の腰痛発生要因と考えられる事項	利用者の移乗介助を抱え上げて行っていることにより、腰に痛みが生じている。
腰痛に対する現在の取組状況	スライディングボードを導入し、移乗介助時に使用することで、腰痛対策に取り組んでいる。

### 2 申請する福祉用具について

スライディングシートの枚数		枚	スライディンググローブの枚数		枚
スライディングボードの枚数	5	枚			

### 3 補助要件適合確認

ノーリフティングケアとは、介護職員の負担軽減のために行うのみならず、利用者の二次障害予防及び自立支援につなげていくことで、更なる介護職員の負担軽減へとつながっていき好循環を備えることを目的としています。今後ノーリフティングケアを推進していき、職場内での普及に努めていきますか。	はい
労働安全衛生マネジメントシステム(OSHMS)を理解しており、職場のノーリフティングケアの運用に活用している、又は活用する予定ですか。	はい
厚生労働省が平成25年に出した「新腰痛予防対策指針」を理解しており、職場の管理に活用している、又は活用する予定ですか。	はい

### 4 期待される効果 ※2に記載した福祉用具を導入することによる取組内容について記載すること。

スライディングボードの数が不足しているため、追加導入することにより、移乗介助時にいつでも使用できる環境を整備することで、職員の腰への負担を軽減させる。 また、職場内での研修等により、事業所内の職員にノーリフティングケアの取組について、浸透させていく。
--

## 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

優先順位	事業所番号	介護施設等名	申請金額
1	4000000001	介護老人保健施設 福岡県庁	10,000,000円
2	4000000000	特別養護老人ホーム 福岡県庁	8,501,000円
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

※必要に応じて行を追加すること。

①県に口座登録されたことがない場合  
 ②県に口座登録をしたかどうか分からない場合

上記に該当する場合は必ず作成の上、提出してください。

※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	
新規	新規取引

福岡県 殿	日付 令和7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	シャカイフクシホジシ 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	福岡県	福岡市	博多区
		ヒカシコウエン7バン7ゴウ フクオカケンチョウビル2カイ 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
	預金種別	普通預金	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	1 2 3 4 5 6 7	*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。	

※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。