

申請様式 記入例・注意点

第1号様式（第4条関係）

法人で書類番号を定めている場合は記入
定めていない場合は入力不要

○○第1234号

令和6年10月1日

鹿児島県知事 塩田 康一 殿

法人住所・法人名・代表者職名・氏名
全て記入する

申請者 住 所 鹿児島市鴨池新町10番1号
氏 名 社会福祉法人 ○○○会
理事長 鹿児島 太郎

令和6年度介護テクノロジー一定着支援事業（介護サービス事業所ICT導入支援事業）
補助金交付申請書

令和6年度介護テクノロジー一定着支援事業（介護サービス事業所ICT導入支援事業）
を実施したいので、下記のとおり補助金を交付くださるよう、鹿児島県補助金等交付規則
第3条及び鹿児島県介護テクノロジー一定着支援事業補助金交付要綱第4条の規定により、
関係書類を添えて申請します。

記

1 補助金交付申請額

金 742,000 円

内示額を記入

2 添付書類

- (1) 経費所要額調書（別記第2号様式）
- (2) 事業計画書（別記第3号様式）
- (3) 収支予算書（別記第4号様式）
- (4) その他知事が必要と認める書類

プルダウンで選択

第2号様式（第1条、第7条関係）

入力

法人名（事業所名）社会福祉法〇〇〇会 介護老人福祉施設△△△

（変更）経費所要額調書

黄色のセルの該当部分に入力または選択してください。なお、⑥介護業務支援については、⑥-1と⑥-2のうち当てはまる方どちらか片方を選択して入力してください。⑥-1の職員数はプルダウンメニューを選ぶと自動で上限額が入力されます。

事業名	総事業費 (A)	寄付金その他の 収入額 (B)	差引額 (A)-(B) (C)	基準額 (D)	選定額 (補助金所要 額)(E)	事業者負担額 (A)-(B)-(E) (F)
介護サービス事業所ICT導入支援事業	3,225,000	0	3,225,000	14,650,000	1,517,000	1,708,000

区分	1機器(一式) あたりの対象 経費合計額	補助率 a×b (千円未満切捨て)	1機器当たりの 補助限度額 介護テクノロジー別	主となる機器の 導入台数	対象経費の 支出予定額 ×補助率 f×c×e	⑩ 基準額 g (=d×e)	⑪ 補助金額 h (=またはgのい ずれか低いほう)	区別事業費 i
A.重点分野に該当する介護テクノロジー	円	a b	c	d	e	f	g	i
①移乗支援 <限度額100万円/機器>	円	0	1,000,000	台	0	0	0	0
②移動支援 <限度額30万円/機器>	円	0	300,000	台	0	0	0	0
③排泄支援 <限度額30万円/機器>	円	0	300,000	台	0	0	0	0
④見守り・ コミュニケーション <限度額30万円/機器>	円	0	300,000	台	0	0	0	0
⑤入浴支援 <限度額100万円/機器>	円	0	1,000,000	台	0	0	0	0
⑥介護業務支援								
⑦ICT機器等の導入による 効率化や職員負担軽減等に応じて変動する場合の ソフト	円	900,000	式	1	900,000	円	0	1,200,000
ICT活用予定の職員数	21人～30人	1,200,000						
下記に該当する場合は、「○」を選択	○							

訪問介護事業所等の居宅サービス事業所又は居宅介護
支援事業所（介護予防も含む）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

⑥-2：⑥-1に該当しない介護ソフトや機器

職員数により合計金額が変動しない
契約の介護ソフトを入力

⑧食事・栄養管理支援 <限度額30万円/機器>	円
⑨認知症生活支援・認知症ケア支援 <限度額30万円/機器>	円

B.その他 <限度額100万円/機器>	円
① 240,000	円
② 15,000	円
③ 300,000	円

D.（A～Cの導入と一緒に実行する）業務改善支援 <限度額45万円>	円
---------------------------------------	---

E.介護テクノロジーの利用にともなって導入する PC、タブレット端末 <限度額10万円/台>	円
① 75,000	円
② 20,000	円

合計	円
2,050,000	1,537,000

C.パッケージ導入支援 <限度額合計400万円>	円
補助金所要額 (j+o) p	備考

1,517,000	1,517,000
-----------	-----------

内示額を入力してください。

自動計算（内示額と異なる場合があります。）

なお、⑥介護業務支援については、⑥-1と⑥-2のうち当てはまる方どちらか片方を選択して入力してください。⑥-1の職員数はプルダウンメニューを選ぶと自動で上限額が入力されます。

区分	対象機器の合計額 k	補助率 l	対象経費の 支出予定額 ×補助率 m (=k×l)	補助限度額 (基準額) n	選定額 o	＜参考＞ 区別 支出額総額 p
受事業	2,050,000	0	2,050,000	14,650,000	1,517,000	533,000

第3号様式（第4条関係）

事 業 計 画 書

1 介護サービス事業所 I C T 導入支援事業

2 事業者名(施設名等(開設者名を含む))

社会福祉法人○○○会 ○○○園 (理事長 鹿児島 太郎)

3 実施予定期間 令和6年11月1日から令和9年10月31日まで(概ね3年程度)

4 事業の目的・目標

- ・介護記録の転記をなくすことで、職員に余裕が生まれ、専門業務に専念する時間を増やす。
- ・一人あたりの間接業務の時間(移動や書類の記入など、直接ケアにあたらない時間)を一月単位で60分短縮する。
- ・サービス提供記録、アセスメント結果やモニタリングに関する記録等の書類を一月単位で6割削減する。

実 施 事 業 内 容 等

○ 導入する I C T 機器について

- ・種類：介護ソフト
- ・製品名：○○システム

導入計画書の記載内容をベースにできるだけ詳しく具体的に記入すること。

○ I C T 機器についての導入計画

- ・令和6年11月初旬に導入予定
- ・11月中旬に全介護スタッフに研修会を実施し、その後も定期的に研修を実施する予定。
- ・訪問スタッフに介護ソフトをインストールしたタブレット端末を携帯させ、介護記録をタブレット端末で行い、入力したデータを情報共有や請求業務に活用し、介護記録を転記するがないようにし、業務の効率化を図る。

※導入時期、導入に係る研修予定、I C T 機器の使用方法等の導入計画を記入すること。

※一定の条件を満たす事業所(補助率：3／4)の場合は、該当する以下の内容も含めて記入すること。

- ・L I F Eへの情報提供
- ・データの連係完成
- ・文書量の削減
- ・ケアプラン連携システムの活用状況

第4号様式（第4条関係）

収支予算書

前年度予算額は「0」
※空欄としない

介護サービス事業所 I C T 導入支援事業

1 収入

(単位：円)

	予 算 額	前年度予算額	増 減 額	備 考
県補助金	742,000	0	742,000	
自己負担金	248,000	0	248,000	
その他	0	0	0	
計	990,000	0	990,000	

2 支出

(単位：円)

区 分	予 算 額	前年度予算額	増 減 額	備 考
介護サービス事業所 I C T 導入支援事業費	990,000	0	990,000	
計	990,000	0	990,000	

※区分には会議開催経費、研修経費等を記入

計の金額は、第2号様式「経費所要額調書」の「総事業費（A）」と同額となること

3 経費配分明細

(単位：円)

区 分	経 貹 区 分	予 算 額	積 算 内 訳
介護サービス 事業所 I C T 導入支援事業 費	備品購入費	990,000	<p>介護ソフト〇〇〇〇 一式 900,000 円 消費税（10%） 90,000 円 合計 990,000 円</p>
計		990,000	<p>見積書のとおり記入</p>

※区分には会議開催経費、研修経費等を記入

※経費区分には内訳（報償費、旅費、需用費等）を記入

振込口座登録申出書

鹿児島県知事 殿	令和6年10月1日
〒 890-8577 住 所 鹿児島市鴨池新町10-1 法人名称 社会福祉法人○○会 代表者職・氏名 理事長 鹿児島 太郎	

金融機関名	○○○○銀行 (××××) 支店	金融機関コード							支店コード						
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5
預金種別	1. 普通預金 2. 当座預金	※貯蓄預金は不可							口座番号						
口座名義人 (カタカナ で記入)	シ ャ カ イ フ ク シ ホ ウ シ ナ カ コ ド チ ョ ウ カ コ ド	シ マ カ イ リ シ ド シ マ タ ロ ウ													

※ 本申請書を提出する際は、**口座名義等が確認できる部分の通帳の写しを添付**してください。

※ やむを得ず預金口座を変更・取消する場合は、あらかじめ県の担当者に相談してください。

※ 支払先として指定できる金融機関について

振替先の指定は県内、県外を問わずできますが、外国銀行及び漁業協同組合の一部はできません。

※ この預金口座は、補助金の支払いが完了するまで解約しないでください。

連絡欄

**口座名義人については、濁点・スペース等を含め
正確にご記入下さい。**

担当者連絡先（全て入力してください）

担当者名	堀ノ内
TEL	099-286-2687
FAX	099-286-5554
E-mail	k-jigyo@pref.kagoshima.lg.jp

【口座に関する注意事項】※委任状は、申請者と口座名義人が異なる場合に必要です。

- ・ 口座名義人が、「法人」又は「法人名+理事長名」の場合→委任状なし
- ・ 口座名義人が、「法人」又は「法人名+理事長名」以外の場合→委任状必要

例)

- ・ 口座名義人：社)○○会、社)○○会理事長鹿児島太郎→委任状なし
- ・ 口座名義人：社)○○会特別養護老人ホーム△△→委任状必要
- ・ 口座名義人：特別養護老人ホーム△△施設長□□→委任状必要

(5) その他知事が必要と認める書類

- 納税証明書

県税について未納がないことの証明で発行から 3 ヶ月以内のもの

写しによる提出も可能ですが、原本証明が必要になります。
証明書については、最寄りの地域振興局・支庁で発行しておりますので、お問合せください。

- 口座登録申出書と通帳の写し

口座登録申出書の様式は、ホームページに掲載しております。

通帳の写しは、表紙と見開き 1 ページ目（口座名義人が確認できるページ）を提出してください。

- 委任状（必要な場合のみ）