

人材確保等支援助成金（介護福祉機器助成コース）導入・運用計画対象経費内訳書【計画提出時】

年 月 日

介護福祉機器を導入する事業所は以下のとおりです。

申請事業主名称

① 導入に係る事業所	(1) 名称			(2) 事業内容					
	(3) 所在地	〒							
	(4) 雇用保険適用事業所番号								
	(5) 事業所の代表者の役職及び氏名								
	(6) 当該事業所の介護労働者数								人
	(7-1) 介護雇用管理責任者氏名								
	(7-2) 介護雇用管理責任者の周知方法	<input type="checkbox"/> 事業所内掲示		<input type="checkbox"/> 回覧		<input type="checkbox"/> 会議等の開催		<input type="checkbox"/> その他 ( )	
	(8) 事業所の現状・課題								
② 導入する介護福祉機器	(1) 品目	(2) 購入/賃借	(3) 見積単価	(4) 台数	(5) 支払予定額	(6) 支払 (賃借) 先	(7) 支払方法	(8) 導入予定日 (賃借予定期間)	
	a		円	台	円				
	b		円	台	円				
	c		円	台	円				
	d		円	台	円				
	(9) 導入機器の設置・整備場所					(10) 導入機器の用途			
	a								
	b								
	c								
	d								
イ 支払予定額合計				円					
③ 保守契約	(1-1) 契約の有無		(1-2) 支払予定額		(1-3) 契約先		(1-4) 契約予定期間		
	a	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	円				～		
	b	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	円				～		
	c	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	円				～		
	d	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	円				～		
	ロ 支払予定額合計				円				

(2)保守契約をしない場合のメンテナンス方法・内容について

※裏面にも必要事項をご記入ください。

④ 導入機器の使用を徹底する	(1) 研修内容	(2) 支払予定額	(3) 研修の実施団体名	(4) スケジュール
	a	円		～
	b	円		～
	c	円		～
	d	円		～
	ハ 支払予定額合計	円		
合計額 (イ+ロ+ハ)		円		
⑤ 導入効果の把握				
(1) 導入前アンケート	実施予定日		対象者 (機器の導入部署の介護労働者数 (導入部署に異動予定も含む。))	人
(2) 導入後アンケート	実施予定日		対象者 (機器の導入部署の介護労働者数 (導入部署に異動予定も含む。))	人

様式第 b-1 号別紙 1 (注意書き)

【記入上の注意】

別紙については、導入事業所ごとに記載し、様式第 b-1 号とともに提出してください。

- ①-(6)には、実際に介護関係業務に携わっている全ての介護労働者(雇用保険一般被保険者以外も含む)の人数を記入してください。介護関係業務とは、身体上または精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある方に対し、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練、看護、療養上の管理、移動の介護、衣服の着脱介護、体位交換、清拭等を行うものです。
- ①-(8)には、介護福祉機器を導入することに至った背景として事業所の現状や課題を記入してください。
- ②には、介護福祉機器の費用等を記載してください。この助成金の対象となる介護福祉機器の範囲は以下のとおりです。

- 移動・昇降用リフト ※立位補助機(スタンディングマシン)、非装着型移乗介助機器(介護労働者が要介護者を移乗させ又は移乗するとき用いる機器であって、抱え上げ動作のパワーアシスト機能又はその動作を不要とする機能により、当該労働者の腰の負担を軽減するものをいい、介護労働者が装着して用いるもの(以下「装着型移乗介助機器」という。)を除く。)を含む。人の移動又は移乗に使用するものに限る。
  - 装着型移乗介助機器
  - 自動車用車いすリフト ※福祉車両の場合は、車両本体を除いた車いすリフト部分に限る。
  - エアーマット ※体位変換機能を有するものに限る。
  - 特殊浴槽 ※移動・昇降用リフトと一体化しているもの、移動・昇降用リフト(電動昇降ストレッチャーを含む。)が取り付け可能なものまたは側面が開閉可能なもの等。
  - ストレッチャー ※入浴用を使用するもの。それ以外は昇降機能が付いているものに限る。
- なお、移動用リフトの導入時に同時に購入等した吊り具(スリングシート)や、特殊浴槽の導入時に同時に購入等した入浴用担架や入浴用車いす等、支給の対象となる介護福祉機器と同時に購入等した身体的負担軽減に資する機能を発揮するために必要不可欠な付属品を含めることができます。

※ なお、上記に該当する機器であっても次の(1)から(17)に該当する場合は助成金の対象となりません。

- 事業主が私的目的のために購入した機器
- 福祉サービス又は保健医療サービスに使用しない機器
- 事業主以外の名義の機器
- 現物出資された機器
- 商品として販売または賃貸する目的で購入した機器
- 原材料
- 取得するも解約あるいは第三者に譲渡した機器
- 支払い事実が明確でない機器
- 国外において導入される機器
- 資本的及び経済的関連性がある事業主間の取引による機器
- 次の取引による機器
  - 個人間における取引
    - 配偶者間又は1親等の親族間の取引
  - 法人と個人間の取引
    - 法人とその代表者間、法人とその代表者の配偶者間、法人とその代表者の1親等の親族間、法人とその取締役間又は法人とその理事間の取引

③ 法人間の取引

代表者が同一人、配偶者間又は1親等の親族間の取引

- (12) 管轄労働局が行う現地調査においてその存在が確認できない機器
- (13) 併給調整がなされる助成金等の支給に係る機器
- (14) 国又は地方公共団体等から補助金等の支給を受けている機器
- (15) 長期（1年以上）にわたり反復して更新することが見込まれない契約により賃借した機器
- (16) 介護福祉機器を導入する事業所の介護労働者以外の労働者が恒常的に利用する機器
- (17) 計画期間前に導入した機器

4 ②-(2)には、購入または賃借の別を記載してください。

5 ②-(3)の見積単価が10万円未満のものは支給対象となりません。

6 ②-(5)の支払予定額は、支給申請日を超える分割払いのため支給申請日までに支払いが完了しない場合は、支給申請日までの最後の支払いをもって、支払いが完了したものとみなします。また、手形または小切手による支払いの場合は、決済が完了したものに限りません。

賃借については、計画期間を超える賃借のため、支給申請日までに支払いが完了しない場合は、計画期間内において実際に賃借した期間の賃借料であって、支給申請日までに支払った額をもって、支払いが完了したものとみなします。この欄には、何か月分の支払いかわかるように記載してください。また、助成金支給後も引き続き、賃借を行うことが必要です。

7 ②-(7)には、一括または分割（分割の場合は回数）の別を記載してください。

8 ②-(8)には、導入予定日または賃借期間（長期（1年以上）にわたり反復して更新することが見込まれない場合は、対象とはなりません。）を記載してください。

9 ②-(10)には、導入機器を使用する業務内容について、どのような作業と要介護者（残存能力や障害の程度）の場合に、何人の介護労働者で、どの介護福祉機器をどのように使用するか、という観点から具体的に記載してください。

10 ③及び④には、②のa～dに対応する機器の状況についてそれぞれ記載してください。

11 ④には、機器の取扱説明費も含まれます。

12 ③-(1-1)について、契約が「無」の場合は、③-(1-2)～(1-4)の記載は空欄とし、③-(2)にメンテナンスの方法・内容を具体的に記載願います。

13 ③について、計画期間を超える保守契約を締結した場合は、計画期間内に相当する額（月割・年割等で計算）が支給対象となります。

14 ⑤-(1)について、導入前アンケートは計画提出後、機器を導入するまでの間に介護福祉機器を導入する部署で介護関係業務に従事（導入部署に異動予定も含む。）している全ての介護労働者（雇用保険一般被保険者以外も含む）を対象に実施してください。

15 ⑤-(2)について、機器導入後、一定期間介護労働者が介護関係業務に従事してから、計画期間が終了するまでの間に⑤-(1)の対象者と同一人物に対して実施してください。