

法人名								
代表者職								
代表者氏名								
法人所在地								
担当者								
担当者連絡先								
導入事業所数								
No	介護保険事業所 番号	事業所名	事業所住所	サービス種別	申請補助種別	利用定員	職員数	補助申請額
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
							合計	

基本情報			
1	事業所名		
2	事業所所在地		
3	サービス種別①		
	サービス種別②		
4	介護保険事業所番号 (特定施設でない軽費、養護は記載不要)		
5	入居又は利用定員 ※人数を記入		
6	常勤職員数 ※リストから選択		
7	申請補助金種別		
補助要件			
8	介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	業務改善計画で回答	【どちらか受講必須】
9	厚生労働省委託事業「都道府県における生産性向上の取組に関する調査及び普及支援（中央管理事業）並びに2025年日本国際博覧会設営等事業」の相談窓口が実施する研修		
10	業務改善計画の作成、事業の実施にあたり千葉県介護業務効率アップセンターへの相談有無		【相談必須】
11	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（名称は問わない。）を設置しているか。	業務改善計画で回答	【回答不要】
12	ケアプランデータ連携システムを利用しているか、また令和7年度内に利用開始する予定があるか。	業務改善計画で回答	【回答不要】
	令和7年度内利用開始の場合、利用開始予定月	月利用開始	「はい（開始予定）」の場合は利用開始月必ず記入
13	ケアプランデータ連携システムにより5事業所と連携しているか（介護ソフトの場合基準額に5万円加算）		【回答不要】
			5事業所記入してください。 ※5事業所連携の場合は任意に5事業所選出してください。
14	独立行政法人情報処理推進機構（IPA）が実施する「SECURITYACTION」の「★一つ星」又は「★★二つ星」の宣言をしているか。 ※事業所単位（個人事業主）または法人単位で申し込むこと。	業務改善計画で回答	【回答必須】

A. 個票	1	B.事業所名		C.申請補助金種別		D.補助基準額		E.補助上限台数	
-------	---	--------	--	-----------	--	---------	--	----------	--

介護テクノロジーの導入支援

※この表は入力不要です。パッケージ型の表に入力してください。

No.	F.製品名	G.種別 (リストから選択)	H.1機器あたりの 対象経費（税抜き）	I.H（千円未満切捨て） ※3/4	J.1機器（一式）あたりの 補助限度額 ※（注2）	K.1機器（一式）あたりの 補助基本額 (I又はHのいずれか低い額)	L.台数	M.補助所要額 (K×L)
1-1								
1-2								
1-3								
1-4								
1-5								
1-6								

介護ソフト

1-7								
-----	--	--	--	--	--	--	--	--

介護ソフト導入の場合は1-7を使用してください。

情報端末、介護業務支援（介護ソフト）、その他（ソフト・インカム）は台数に入りません。

(注) 1 K欄に千円未満の端数が生じた場合は切り捨てる（自動計算）
2 L欄は、「移送介護」及び「入浴支援」については1,000,000円、それ以外は300,000円とする。
3 通信環境整備については導入機器の付帯費用として機器の経費に含める。主となる機器の台数に按分して含めてください。
4 介護業務支援+そのテクノロジー機器に関連するテクノロジーを導入する場合はパッケージ型も参照すること。

P.補助申請基本額 (DとM比較後)	ケアプランデー タ連携加算	補助申請額	1.上限台数チェック ※県記載欄
			OK

介護テクノロジーのパッケージ型

※この表は入力不要です。介護テクノロジー導入支援の表に入力してください。

No.	Q.製品名	R.種別※ (リストから選択)	S.1機器あたりの 対象経費（税抜き）	T.台数	U.対象経費合計
1-1		介護業務支援			
介護業務支援と連携することで効果が高まると判断できるテクノロジーの対象経費（1-2～1-5）					
1-2					
1-3					
1-4					
1-5					
導入機器等と一体的に使用するための情報端末（1-6～1-7）					
1-6					
1-7					
通信環境整備（1-8）					
1-8					――式（税抜き）を記入してください。

※介護業務支援は必須です。
介護業務支援+連携することで効果が高まると判断できるテクノロジーを導入する場合にパッケージ型で申請できます。

連携することで得られる効果を記載してください。（必須）

V.U（千円未満切捨て） ※3/4
W.補助申請額

タブレット等情報端末は1-6、7を使用してください。
タブレット補助額上限は10万円となります。

(注) 1 K欄に千円未満の端数が生じた場合は切り捨てる（自動計算）
2 パッケージ型は1台当たりの上限額及び台数制限は設けない。
3 通信環境整備については、介護業務支援+連携することで効果が高まると判断できるテクノロジーを導入する場合に、対象となる。

2.調整額 ※県記載欄	3.調整後補助申請額 ※県記載欄

基本情報			
1	事業所名		
2	事業所所在地		
3	サービス種別①		
	サービス種別②		
4	介護保険事業所番号 (特定施設でない軽費、養護は記載不要)		
5	入居又は利用定員 ※人数を記入		
6	常勤職員数 ※リストから選択		
7	申請補助金種別		
補助要件			
8	介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	業務改善計画で回答	【どちらか受講必須】
9	厚生労働省委託事業「都道府県における生産性向上の取組に関する調査及び普及支援（中央管理事業）並びに2025年日本国際博覧会設営等事業」の相談窓口が実施する研修		
10	業務改善計画の作成、事業の実施にあたり千葉県介護業務効率アップセンターへの相談有無		【相談必須】
11	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（名称は問わない。）を設置しているか。	業務改善計画で回答	【回答不要】
12	ケアプランデータ連携システムを利用しているか、また令和7年度内に利用開始する予定があるか。	業務改善計画で回答	【回答不要】
	令和7年度内利用開始の場合、利用開始予定月	月利用開始	「はい（開始予定）」の場合は利用開始月必ず記入
13	ケアプランデータ連携システムにより5事業所と連携しているか（介護ソフトの場合基準額に5万円加算）		【回答不要】
			5事業所記入してください。 ※5事業所連携の場合は任意に5事業所選出してください。
14	独立行政法人情報処理推進機構（IPA）が実施する「SECURITYACTION」の「★一つ星」又は「★★二つ星」の宣言をしているか。 ※事業所単位（個人事業主）または法人単位で申し込むこと。	業務改善計画で回答	【回答必須】

A. 個票	2	B.事業所名		C.申請補助金種別		D.補助基準額		E.補助上限台数	
-------	---	--------	--	-----------	--	---------	--	----------	--

介護テクノロジーの導入支援

※この表は入力不要です。パッケージ型の表に入力してください。

No.	F.製品名	G.種別 (リストから選択)	H.1機器あたりの 対象経費（税抜き）	I.H（千円未満切捨て） ※3/4	J.1機器（一式）あたりの 補助限度額 ※（注2）	K.1機器（一式）あたりの 補助基本額 (I又はHのいずれか低い額)	L.台数	M.補助所要額 (K×L)
2-1								
2-2								
2-3								
2-4								
2-5								
2-6								

介護ソフト

2-7								
-----	--	--	--	--	--	--	--	--



介護ソフト導入の場合は1ー7を使用してください。

情報端末、介護業務支援（介護ソフト）、その他（ソフト・インカム）は台数に入りません。



合計

P.補助申請基本額 (DとM比較後)	ケアプランデー タ連携加算	補助申請額	1.上限台数チェック ※県記載欄
			OK

(注) 1 K欄に千円未満の端数が生じた場合は切り捨てる（自動計算）
2 L欄は、「移送介護」及び「入浴支援」については1,000,000円、それ以外は300,000円とする。
3 通信環境整備については導入機器の付帯費用として機器の経費に含める。主となる機器の台数に按分して含めてください。
4 介護業務支援+そのテクノロジー機器に関連するテクノロジーを導入する場合はパッケージ型も参照すること。

介護テクノロジーのパッケージ型

※この表は入力不要です。介護テクノロジー導入支援の表に入力してください。

No.	Q.製品名	R.種別※ (リストから選択)	S.1機器あたりの 対象経費（税抜き）	T.台数	U.対象経費合計
2-1		介護業務支援			
介護業務支援と連携することで効果が高まると判断できるテクノロジーの対象経費（1-2～1-5）					
2-2					
2-3					
2-4					
2-5					
導入機器等と一体的に使用するための情報端末（1-6～1-7）					
2-6					
2-7					
通信環境整備（1-8）					
2-8					

連携することで得られる効果を記載してください。（必須）

※介護業務支援は必須です。
介護業務支援+連携することで効果が高まると判断できるテクノロジーを導入する場合にパッケージ型で申請できます。

V.U（千円未満切捨て） ※3/4
W.補助申請額



タブレット等情報端末は1ー6、7を使用してください。
タブレット補助額上限は10万円となります。

(注) 1 K欄に千円未満の端数が生じた場合は切り捨てる（自動計算）
2 パッケージ型は1台当たりの上限額及び台数制限は設けない。
3 通信環境整備については、介護業務支援+連携することで効果が高まると判断できるテクノロジーを導入する場合に、対象となる。

2.調整額 ※県記載欄	3.調整後補助申請額 ※県記載欄

基本情報			
1	事業所名		
2	事業所所在地		
3	サービス種別①		
	サービス種別②		
4	介護保険事業所番号 (特定施設でない軽費、養護は記載不要)		
5	入居又は利用定員 ※人数を記入		
6	常勤職員数 ※リストから選択		
7	申請補助金種別		
補助要件			
8	介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	業務改善計画で回答	【どちらか受講必須】
9	厚生労働省委託事業「都道府県における生産性向上の取組に関する調査及び普及支援（中央管理事業）並びに2025年日本国際博覧会設営等事業」の相談窓口が実施する研修		
10	業務改善計画の作成、事業の実施にあたり千葉県介護業務効率アップセンターへの相談有無		【相談必須】
11	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（名称は問わない。）を設置しているか。	業務改善計画で回答	【回答不要】
12	ケアプランデータ連携システムを利用しているか、また令和7年度内に利用開始する予定があるか。	業務改善計画で回答	【回答不要】
	令和7年度内利用開始の場合、利用開始予定月	月利用開始	「はい（開始予定）」の場合は利用開始月必ず記入
13	ケアプランデータ連携システムにより5事業所と連携しているか（介護ソフトの場合基準額に5万円加算）		【回答不要】
			5事業所記入してください。 ※5事業所連携の場合は任意に5事業所選出してください。
14	独立行政法人情報処理推進機構（IPA）が実施する「SECURITYACTION」の「★一つ星」又は「★★二つ星」の宣言をしているか。 ※事業所単位（個人事業主）または法人単位で申し込むこと。	業務改善計画で回答	【回答必須】

A. 個票	3	B.事業所名		C.申請補助金種別		D.補助基準額		E.補助上限台数	
-------	---	--------	--	-----------	--	---------	--	----------	--

介護テクノロジーの導入支援

※この表は入力不要です。パッケージ型の表に入力してください。

No.	F.製品名	G.種別 (リストから選択)	H.1機器あたりの 対象経費（税抜き）	I.H（千円未満切捨て） ※3/4	J.1機器（一式）あたりの 補助限度額 ※（注2）	K.1機器（一式）あたりの 補助基本額 (I又はHのいずれか低い額)	L.台数	M.補助所要額 (K×L)
3-1								
3-2								
3-3								
3-4								
3-5								
3-6								

介護ソフト

3-7								
-----	--	--	--	--	--	--	--	--



介護ソフト導入の場合は1～7を使用してください。

情報端末、介護業務支援（介護ソフト）、その他（ソフト・インカム）は台数に入りません。



合計

P.補助申請基本額 (DとM比較後)	ケアプランデー タ連携加算	補助申請額	1.上限台数チェック ※県記載欄
			OK

(注) 1 K欄に千円未満の端数が生じた場合は切り捨て（自動計算）
2 L欄は、「移送介護」及び「入浴支援」については1,000,000円、それ以外は300,000円とする。
3 通信環境整備については導入機器の付帯費用として機器の経費に含める。主となる機器の台数に按分して含めてください。
4 介護業務支援+そのテクノロジー機器に関連するテクノロジーを導入する場合はパッケージ型も参照すること。

介護テクノロジーのパッケージ型

※この表は入力不要です。介護テクノロジー導入支援の表に入力してください。

No.	Q.製品名	R.種別※ (リストから選択)	S.1機器あたりの 対象経費（税抜き）	T.台数	U.対象経費合計
3-1		介護業務支援			
介護業務支援と連携することで効果が高まると判断できるテクノロジーの対象経費（1-2～1-5）					
3-2					
3-3					
3-4					
3-5					
導入機器等と一体的に使用するための情報端末（1-6～1-7）					
3-6					
3-7					
通信環境整備（1-8）					
3-8					



タブレット等情報端末は1～6、7を使用してください。
タブレット補助額上限は10万円となります。

(注) 1 K欄に千円未満の端数が生じた場合は切り捨て（自動計算）
2 パッケージ型は1台当たりの上限額及び台数制限は設けない。
3 通信環境整備については、介護業務支援+連携することで効果が高まると判断できるテクノロジーを導入する場合に、対象となる。

※介護業務支援は必須です。
介護業務支援+連携することで効果が高まると判断できるテクノロジーを導入する場合にパッケージ型で申請できます。

連携することで得られる効果を記載してください。（必須）

V.U（千円未満切捨て） ※3/4
W.補助申請額

2.調整額 ※県記載欄	3.調整後補助申請額 ※県記載欄
	0

基本情報			
1	事業所名		
2	事業所所在地		
3	サービス種別①		
	サービス種別②		
4	介護保険事業所番号 (特定施設でない軽費、養護は記載不要)		
5	入居又は利用定員 ※人数を記入		
6	常勤職員数 ※リストから選択		
7	申請補助金種別		
補助要件			
8	介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	業務改善計画で回答	【どちらか受講必須】
9	厚生労働省委託事業「都道府県における生産性向上の取組に関する調査及び普及支援（中央管理事業）並びに2025年日本国際博覧会設営等事業」の相談窓口が実施する研修		
10	業務改善計画の作成、事業の実施にあたり千葉県介護業務効率アップセンターへの相談有無		【相談必須】
11	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（名称は問わない。）を設置しているか。	業務改善計画で回答	【回答不要】
12	ケアプランデータ連携システムを利用しているか、また令和7年度内に利用開始する予定があるか。	業務改善計画で回答	【回答不要】
	令和7年度内利用開始の場合、利用開始予定月	月利用開始	「はい（開始予定）」の場合は利用開始月必ず記入
13	ケアプランデータ連携システムにより5事業所と連携しているか（介護ソフトの場合基準額に5万円加算）		【回答不要】
			5事業所記入してください。 ※5事業所連携の場合は任意に5事業所選出してください。
14	独立行政法人情報処理推進機構（IPA）が実施する「SECURITYACTION」の「★一つ星」又は「★★二つ星」の宣言をしているか。 ※事業所単位（個人事業主）または法人単位で申し込むこと。	業務改善計画で回答	【回答必須】

A. 個票	4	B.事業所名		C.申請補助金種別		D.補助基準額		E.補助上限台数	
-------	---	--------	--	-----------	--	---------	--	----------	--

介護テクノロジーの導入支援

※この表は入力不要です。パッケージ型の表に入力してください。

No.	F.製品名	G.種別 (リストから選択)	H.1機器あたりの 対象経費（税抜き）	I.H（千円未満切捨て） ※3/4	J.1機器（一式）あたりの 補助限度額 ※（注2）	K.1機器（一式）あたりの 補助基本額 (I又はHのいずれか低い額)	L.台数	M.補助所要額 (K×L)
4-1								
4-2								
4-3								
4-4								
4-5								
4-6								

介護ソフト

4-7								
-----	--	--	--	--	--	--	--	--

介護ソフト導入の場合は1-7を使用してください。

情報端末、介護業務支援（介護ソフト）、その他（ソフト・インカム）は台数に入りません。

(注) 1 K欄に千円未満の端数が生じた場合は切り捨て（自動計算）
2 L欄は、「移送介護」及び「入浴支援」については1,000,000円、それ以外は300,000円とする。
3 通信環境整備については導入機器の付帯費用として機器の経費に含める。主となる機器の台数に按分して含めてください。
4 介護業務支援+そのテクノロジー機器に関連するテクノロジーを導入する場合はパッケージ型も参照すること。

合計			
P.補助申請基本額 (DとM比較後)	ケアプランデー タ連携加算	補助申請額	1.上限台数チェック ※県記載欄
			OK

介護テクノロジーのパッケージ型

※この表は入力不要です。介護テクノロジー導入支援の表に入力してください。

No.	Q.製品名	R.種別※ (リストから選択)	S.1機器あたりの 対象経費（税抜き）	T.台数	U.対象経費合計
4-1		介護業務支援			
介護業務支援と連携することで効果が高まると判断できるテクノロジーの対象経費（1-2～1-5）					
4-2					
4-3					
4-4					
4-5					
導入機器等と一体的に使用するための情報端末（1-6～1-7）					
4-6					
4-7					
通信環境整備（1-8）					
4-8				一式（税抜き）を記入してください。	

※介護業務支援は必須です。
介護業務支援+連携することで効果が高まると判断できるテクノロジーを導入する場合にパッケージ型で申請できます。

連携することで得られる効果を記載してください。（必須）

V.U（千円未満切捨て） ※3/4
0
W.補助申請額
0

タブレット等情報端末は1-6、7を使用してください。
タブレット補助額上限は10万円となります。

(注) 1 K欄に千円未満の端数が生じた場合は切り捨て（自動計算）
2 パッケージ型は1台当たりの上限額及び台数制限は設けない。
3 通信環境整備については、介護業務支援+連携することで効果が高まると判断できるテクノロジーを導入する場合に、対象となる。

2.調整額 ※県記載欄	3.調整後補助申請額 ※県記載欄

基本情報			
1	事業所名		
2	事業所所在地		
3	サービス種別①		
	サービス種別②		
4	介護保険事業所番号 (特定施設でない軽費、養護は記載不要)		
5	入居又は利用定員 ※人数を記入		
6	常勤職員数 ※リストから選択		
7	申請補助金種別		
補助要件			
8	介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	業務改善計画で回答	【どちらか受講必須】
9	厚生労働省委託事業「都道府県における生産性向上の取組に関する調査及び普及支援（中央管理事業）並びに2025年日本国際博覧会設営等事業」の相談窓口が実施する研修		
10	業務改善計画の作成、事業の実施にあたり千葉県介護業務効率アップセンターへの相談有無		【相談必須】
11	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（名称は問わない。）を設置しているか。	業務改善計画で回答	【回答不要】
12	ケアプランデータ連携システムを利用しているか、また令和7年度内に利用開始する予定があるか。	業務改善計画で回答	【回答不要】
	令和7年度内利用開始の場合、利用開始予定月	月利用開始	「はい（開始予定）」の場合は利用開始月必ず記入
13	ケアプランデータ連携システムにより5事業所と連携しているか（介護ソフトの場合基準額に5万円加算）		【回答不要】
			5事業所記入してください。 ※5事業所連携の場合は任意に5事業所選出してください。
14	独立行政法人情報処理推進機構（IPA）が実施する「SECURITYACTION」の「★一つ星」又は「★★二つ星」の宣言をしているか。 ※事業所単位（個人事業主）または法人単位で申し込むこと。	業務改善計画で回答	【回答必須】

A. 個票	5	B.事業所名		C.申請補助金種別		D.補助基準額		E.補助上限台数	
-------	---	--------	--	-----------	--	---------	--	----------	--

介護テクノロジーの導入支援

※この表は入力不要です。パッケージ型の表に入力してください。

No.	F.製品名	G.種別 (リストから選択)	H.1機器あたりの 対象経費（税抜き）	I.H（千円未満切捨て） ※3/4	J.1機器（一式）あたりの 補助限度額 ※（注2）	K.1機器（一式）あたりの 補助基本額 (I又はHのいずれか低い額)	L.台数	M.補助所要額 (K×L)
5-1								
5-2								
5-3								
5-4								
5-5								
5-6								

介護ソフト

5-7								
-----	--	--	--	--	--	--	--	--

介護ソフト導入の場合は1-7を使用してください。

情報端末、介護業務支援（介護ソフト）、その他（ソフト・インカム）は台数に入りません。

(注) 1 K欄に千円未満の端数が生じた場合は切り捨て（自動計算）
2 L欄は、「移送介護」及び「入浴支援」については1,000,000円、それ以外は300,000円とする。
3 通信環境整備については導入機器の付帯費用として機器の経費に含める。主となる機器の台数に按分して含めてください。
4 介護業務支援+そのテクノロジー機器に関連するテクノロジーを導入する場合はパッケージ型も参照すること。

合計			
P.補助申請基本額 (DとM比較後)	ケアプランデー タ連携加算	補助申請額	1.上限台数チェック ※県記載欄
			OK

介護テクノロジーのパッケージ型

※この表は入力不要です。介護テクノロジー導入支援の表に入力してください。

No.	Q.製品名	R.種別※ (リストから選択)	S.1機器あたりの 対象経費（税抜き）	T.台数	U.対象経費合計
5-1		介護業務支援			
介護業務支援と連携することで効果が高まると判断できるテクノロジーの対象経費（1-2～1-5）					
5-2					
5-3					
5-4					
5-5					
導入機器等と一体的に使用するための情報端末（1-6～1-7）					
5-6					
5-7					
通信環境整備（1-8）					
5-8					

※介護業務支援は必須です。
介護業務支援+連携することで効果が高まると判断できるテクノロジーを導入する場合にパッケージ型で申請できます。

連携することで得られる効果を記載してください。（必須）

V.U（千円未満切捨て） ※3/4
W.補助申請額

タブレット等情報端末は1-6、7を使用してください。
タブレット補助額上限は10万円となります。

(注) 1 K欄に千円未満の端数が生じた場合は切り捨て（自動計算）
2 パッケージ型は1台当たりの上限額及び台数制限は設けない。
3 通信環境整備については、介護業務支援+連携することで効果が高まると判断できるテクノロジーを導入する場合に、対象となる。

2.調整額 ※県記載欄	3.調整後補助申請額 ※県記載欄

基本情報			
1	事業所名		
2	事業所所在地		
3	サービス種別①		
	サービス種別②		
4	介護保険事業所番号 (特定施設でない軽費、養護は記載不要)		
5	入居又は利用定員 ※人数を記入		
6	常勤職員数 ※リストから選択		
7	申請補助金種別		
補助要件			
8	介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	業務改善計画で回答	【どちらか受講必須】
9	厚生労働省委託事業「都道府県における生産性向上の取組に関する調査及び普及支援（中央管理事業）並びに2025年日本国際博覧会設営等事業」の相談窓口が実施する研修		
10	業務改善計画の作成、事業の実施にあたり千葉県介護業務効率アップセンターへの相談有無		【相談必須】
11	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（名称は問わない。）を設置しているか。	業務改善計画で回答	【回答不要】
12	ケアプランデータ連携システムを利用しているか、また令和7年度内に利用開始する予定があるか。	業務改善計画で回答	【回答不要】
	令和7年度内利用開始の場合、利用開始予定月	月利用開始	「はい（開始予定）」の場合は利用開始月必ず記入
13	ケアプランデータ連携システムにより5事業所と連携しているか（介護ソフトの場合基準額に5万円加算）		【回答不要】
			5事業所記入してください。 ※5事業所連携の場合は任意に5事業所選出してください。
14	独立行政法人情報処理推進機構（IPA）が実施する「SECURITYACTION」の「★一つ星」又は「★★二つ星」の宣言をしているか。 ※事業所単位（個人事業主）または法人単位で申し込むこと。	業務改善計画で回答	【回答必須】

A. 個票	6	B.事業所名		C.申請補助金種別		D.補助基準額		E.補助上限台数	
-------	---	--------	--	-----------	--	---------	--	----------	--

介護テクノロジーの導入支援

※この表は入力不要です。パッケージ型の表に入力してください。

No.	F.製品名	G.種別 (リストから選択)	H.1機器あたりの 対象経費（税抜き）	I.H（千円未満切捨て） ※3/4	J.1機器（一式）あたりの 補助限度額 ※（注2）	K.1機器（一式）あたりの 補助基本額 (I又はHのいずれか低い額)	L.台数	M.補助所要額 (K×L)
6-1								
6-2								
6-3								
6-4								
6-5								
6-6								

介護ソフト

6-7								
-----	--	--	--	--	--	--	--	--

介護ソフト導入の場合は1-7を使用してください。

情報端末、介護業務支援（介護ソフト）、その他（ソフト・インカム）は台数に入りません。

(注) 1 K欄に千円未満の端数が生じた場合は切り捨て（自動計算）
2 L欄は、「移送介護」及び「入浴支援」については1,000,000円、それ以外は300,000円とする。
3 通信環境整備については導入機器の付帯費用として機器の経費に含める。主となる機器の台数に按分して含めてください。
4 介護業務支援+そのテクノロジー機器に関連するテクノロジーを導入する場合はパッケージ型も参照すること。

合計			
P.補助申請基本額 (DとM比較後)	ケアプランデー タ連携加算	補助申請額	1.上限台数チェック ※県記載欄
			OK

介護テクノロジーのパッケージ型

※この表は入力不要です。介護テクノロジー導入支援の表に入力してください。

No.	Q.製品名	R.種別※ （リストから選択）	S.1機器あたりの 対象経費（税抜き）	T.台数	U.対象経費合計
6-1		介護業務支援			0
介護業務支援と連携することで効果が高まると判断できるテクノロジーの対象経費（1-2～1-5）					
6-2					
6-3					
6-4					
6-5					
導入機器等と一体的に使用するための情報端末（1-6～1-7）					
6-6					
6-7					
通信環境整備（1-8）					
6-8				――式（税抜き）を記入してください。	

※介護業務支援は必須です。
介護業務支援+連携することで効果が高まると判断できるテクノロジーを導入する場合にパッケージ型で申請できます。

連携することで得られる効果を記載してください。（必須）

V.U（千円未満切捨て） ※3/4
0
W.補助申請額
0

タブレット等情報端末は1-6、7を使用してください。
タブレット補助額上限は10万円となります。

(注) 1 K欄に千円未満の端数が生じた場合は切り捨て（自動計算）
2 パッケージ型は1台当たりの上限額及び台数制限は設けない。
3 通信環境整備については、介護業務支援+連携することで効果が高まると判断できるテクノロジーを導入する場合に、対象となる。

2.調整額 ※県記載欄	3.調整後補助申請額 ※県記載欄

基本情報			
1	事業所名		
2	事業所所在地		
3	サービス種別①		
	サービス種別②		
4	介護保険事業所番号 (特定施設でない軽費、養護は記載不要)		
5	入居又は利用定員 ※人数を記入		
6	常勤職員数 ※リストから選択		
7	申請補助金種別		
補助要件			
8	介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	業務改善計画で回答	【どちらか受講必須】
9	厚生労働省委託事業「都道府県における生産性向上の取組に関する調査及び普及支援（中央管理事業）並びに2025年日本国際博覧会設営等事業」の相談窓口が実施する研修		
10	業務改善計画の作成、事業の実施にあたり千葉県介護業務効率アップセンターへの相談有無		【相談必須】
11	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（名称は問わない。）を設置しているか。	業務改善計画で回答	【回答不要】
12	ケアプランデータ連携システムを利用しているか、また令和7年度内に利用開始する予定があるか。	業務改善計画で回答	【回答不要】
	令和7年度内利用開始の場合、利用開始予定月	月利用開始	「はい（開始予定）」の場合は利用開始月必ず記入
13	ケアプランデータ連携システムにより5事業所と連携しているか（介護ソフトの場合基準額に5万円加算）		【回答不要】
			5事業所記入してください。 ※5事業所連携の場合は任意に5事業所選出してください。
14	独立行政法人情報処理推進機構（IPA）が実施する「SECURITYACTION」の「★一つ星」又は「★★二つ星」の宣言をしているか。 ※事業所単位（個人事業主）または法人単位で申し込むこと。	業務改善計画で回答	【回答必須】

A. 個票	7	B.事業所名		C.申請補助金種別		D.補助基準額		E.補助上限台数	
-------	---	--------	--	-----------	--	---------	--	----------	--

介護テクノロジーの導入支援

※この表は入力不要です。パッケージ型の表に入力してください。

No.	F.製品名	G.種別 (リストから選択)	H.1機器あたりの 対象経費（税抜き）	I.H（千円未満切捨て） ※3/4	J.1機器（一式）あたりの 補助限度額 ※（注2）	K.1機器（一式）あたりの 補助基本額 (I又はHのいずれか低い額)	L.台数	M.補助所要額 (K×L)
7-1								
7-2								
7-3								
7-4								
7-5								
7-6								

介護ソフト								
7-7								

介護ソフト導入の場合は1-7を使用してください。

情報端末、介護業務支援（介護ソフト）、その他（ソフト・インカム）は台数に入りません。

(注) 1 K欄に千円未満の端数が生じた場合は切り捨てる（自動計算）
2 L欄は、「移送介護」及び「入浴支援」については1,000,000円、それ以外は300,000円とする。
3 通信環境整備については導入機器の付帯費用として機器の経費に含める。主となる機器の台数に按分して含めてください。
4 介護業務支援+そのテクノロジー機器に関連するテクノロジーを導入する場合はパッケージ型も参照すること。

合計			
P.補助申請基本額 (DとM比較後)	ケアプランデー タ連携加算	補助申請額	1.上限台数チェック ※県記載欄
			OK

介護テクノロジーのパッケージ型

※この表は入力不要です。介護テクノロジー導入支援の表に入力してください。

No.	Q.製品名	R.種別※ (リストから選択)	S.1機器あたりの 対象経費（税抜き）	T.台数	U.対象経費合計
7-1		介護業務支援			
介護業務支援と連携することで効果が高まると判断できるテクノロジーの対象経費（1-2～1-5）					
7-2					
7-3					
7-4					
7-5					
導入機器等と一体的に使用するための情報端末（1-6～1-7）					
7-6					
7-7					
通信環境整備（1-8）					
7-8					

※介護業務支援は必須です。
介護業務支援+連携することで効果が高まると判断できるテクノロジーを導入する場合にパッケージ型で申請できます。

連携することで得られる効果を記載してください。（必須）

V.U（千円未満切捨て） ※3/4
W.補助申請額

タブレット等情報端末は1-6、7を使用してください。
タブレット補助額上限は10万円となります。

(注) 1 K欄に千円未満の端数が生じた場合は切り捨てる（自動計算）
2 パッケージ型は1台当たりの上限額及び台数制限は設けない。
3 通信環境整備については、介護業務支援+連携することで効果が高まると判断できるテクノロジーを導入する場合に、対象となる。

2.調整額 ※県記載欄	3.調整後補助申請額 ※県記載欄

基本情報			
1	事業所名		
2	事業所所在地		
3	サービス種別①		
	サービス種別②		
4	介護保険事業所番号 (特定施設でない軽費、養護は記載不要)		
5	入居又は利用定員 ※人数を記入		
6	常勤職員数 ※リストから選択		
7	申請補助金種別		
補助要件			
8	介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	業務改善計画で回答	【どちらか受講必須】
9	厚生労働省委託事業「都道府県における生産性向上の取組に関する調査及び普及支援（中央管理事業）並びに2025年日本国際博覧会設営等事業」の相談窓口が実施する研修		
10	業務改善計画の作成、事業の実施にあたり千葉県介護業務効率アップセンターへの相談有無		【相談必須】
11	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（名称は問わない。）を設置しているか。	業務改善計画で回答	【回答不要】
12	ケアプランデータ連携システムを利用しているか、また令和7年度内に利用開始する予定があるか。	業務改善計画で回答	【回答不要】
	令和7年度内利用開始の場合、利用開始予定月	月利用開始	「はい（開始予定）」の場合は利用開始月必ず記入
13	ケアプランデータ連携システムにより5事業所と連携しているか（介護ソフトの場合基準額に5万円加算）		【回答不要】
			5事業所記入してください。 ※5事業所連携の場合は任意に5事業所選出してください。
14	独立行政法人情報処理推進機構（IPA）が実施する「SECURITYACTION」の「★一つ星」又は「★★二つ星」の宣言をしているか。 ※事業所単位（個人事業主）または法人単位で申し込むこと。	業務改善計画で回答	【回答必須】

A. 個票	8	B.事業所名		C.申請補助金種別		D.補助基準額		E.補助上限台数	
-------	---	--------	--	-----------	--	---------	--	----------	--

介護テクノロジーの導入支援

※この表は入力不要です。パッケージ型の表に入力してください。

No.	F.製品名	G.種別 (リストから選択)	H.1機器あたりの 対象経費（税抜き）	I.H（千円未満切捨て） ※3/4	J.1機器（一式）あたりの 補助限度額 ※（注2）	K.1機器（一式）あたりの 補助基本額 (I又はHのいずれか低い額)	L.台数	M.補助所要額 (K×L)
8-1								
8-2								
8-3								
8-4								
8-5								
8-6								

介護ソフト

8-7								
-----	--	--	--	--	--	--	--	--

介護ソフト導入の場合は1-7を使用してください。

情報端末、介護業務支援（介護ソフト）、その他（ソフト・インカム）は台数に入りません。

(注) 1 K欄に千円未満の端数が生じた場合は切り捨て（自動計算）
2 L欄は、「移送介護」及び「入浴支援」については1,000,000円、それ以外は300,000円とする。
3 通信環境整備については導入機器の付帯費用として機器の経費に含める。主となる機器の台数に按分して含めてください。
4 介護業務支援+そのテクノロジー機器に関連するテクノロジーを導入する場合はパッケージ型も参照すること。

合計			
P.補助申請基本額 (DとM比較後)	ケアプランデー タ連携加算	補助申請額	1.上限台数チェック ※県記載欄
			OK

介護テクノロジーのパッケージ型

※この表は入力不要です。介護テクノロジー導入支援の表に入力してください。

No.	Q.製品名	R.種別※ (リストから選択)	S.1機器あたりの 対象経費（税抜き）	T.台数	U.対象経費合計
8-1		介護業務支援			
介護業務支援と連携することで効果が高まると判断できるテクノロジーの対象経費（1-2～1-5）					
8-2					
8-3					
8-4					
8-5					
導入機器等と一体的に使用するための情報端末（1-6～1-7）					
8-6					
8-7					
通信環境整備（1-8）					
8-8					

※介護業務支援は必須です。
介護業務支援+連携することで効果が高まると判断できるテクノロジーを導入する場合にパッケージ型で申請できます。

連携することで得られる効果を記載してください。（必須）

V.U（千円未満切捨て） ※3/4
W.補助申請額

タブレット等情報端末は1-6、7を使用してください。
タブレット補助額上限は10万円となります。

(注) 1 K欄に千円未満の端数が生じた場合は切り捨て（自動計算）
2 パッケージ型は1台当たりの上限額及び台数制限は設けない。
3 通信環境整備については、介護業務支援+連携することで効果が高まると判断できるテクノロジーを導入する場合に、対象となる。

2.調整額 ※県記載欄	3.調整後補助申請額 ※県記載欄

基本情報			
1	事業所名		
2	事業所所在地		
3	サービス種別①		
	サービス種別②		
4	介護保険事業所番号 (特定施設でない軽費、養護は記載不要)		
5	入居又は利用定員 ※人数を記入		
6	常勤職員数 ※リストから選択		
7	申請補助金種別		
補助要件			
8	介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	業務改善計画で回答	【どちらか受講必須】
9	厚生労働省委託事業「都道府県における生産性向上の取組に関する調査及び普及支援（中央管理事業）並びに2025年日本国際博覧会設営等事業」の相談窓口が実施する研修		
10	業務改善計画の作成、事業の実施にあたり千葉県介護業務効率アップセンターへの相談有無		【相談必須】
11	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（名称は問わない。）を設置しているか。	業務改善計画で回答	【回答不要】
12	ケアプランデータ連携システムを利用しているか、また令和7年度内に利用開始する予定があるか。	業務改善計画で回答	【回答不要】
	令和7年度内利用開始の場合、利用開始予定月	月利用開始	「はい（開始予定）」の場合は利用開始月必ず記入
13	ケアプランデータ連携システムにより5事業所と連携しているか（介護ソフトの場合基準額に5万円加算）		【回答不要】
			5事業所記入してください。 ※5事業所連携の場合は任意に5事業所選出してください。
14	独立行政法人情報処理推進機構（IPA）が実施する「SECURITYACTION」の「★一つ星」又は「★★二つ星」の宣言をしているか。 ※事業所単位（個人事業主）または法人単位で申し込むこと。	業務改善計画で回答	【回答必須】

A. 個票	9	B.事業所名		C.申請補助金種別		D.補助基準額		E.補助上限台数	
-------	---	--------	--	-----------	--	---------	--	----------	--

介護テクノロジーの導入支援

※この表は入力不要です。パッケージ型の表に入力してください。

No.	F.製品名	G.種別 (リストから選択)	H.1機器あたりの 対象経費（税抜き）	I.H（千円未満切捨て） ※3/4	J.1機器（一式）あたりの 補助限度額 ※（注2）	K.1機器（一式）あたりの 補助基本額 (I又はHのいずれか低い額)	L.台数	M.補助所要額 (K×L)
9-1								
9-2								
9-3								
9-4								
9-5								
9-6								

介護ソフト

9-7								
-----	--	--	--	--	--	--	--	--



介護ソフト導入の場合は1～7を使用してください。

情報端末、介護業務支援（介護ソフト）、その他（ソフト・インカム）は台数に入りません。



合計

P.補助申請基本額 (DとM比較後)	ケアプランデー タ連携加算	補助申請額	1.上限台数チェック ※県記載欄
			OK

(注) 1 K欄に千円未満の端数が生じた場合は切り捨てる（自動計算）
2 L欄は、「移送介護」及び「入浴支援」については1,000,000円、それ以外は300,000円とする。
3 通信環境整備については導入機器の付帯費用として機器の経費に含める。主となる機器の台数に按分して含めてください。
4 介護業務支援+そのテクノロジー機器に関連するテクノロジーを導入する場合はパッケージ型も参照すること。

介護テクノロジーのパッケージ型

※この表は入力不要です。介護テクノロジー導入支援の表に入力してください。

No.	Q.製品名	R.種別※ (リストから選択)	S.1機器あたりの 対象経費（税抜き）	T.台数	U.対象経費合計
9-1		介護業務支援			
介護業務支援と連携することで効果が高まると判断できるテクノロジーの対象経費（1-2～1-5）					
9-2					
9-3					
9-4					
9-5					
導入機器等と一体的に使用するための情報端末（1-6～1-7）					
9-6					
9-7					
通信環境整備（1-8）					
9-8					

連携することで得られる効果を記載してください。（必須）

※介護業務支援は必須です。
介護業務支援+連携することで効果が高まると判断できるテクノロジーを導入する場合にパッケージ型で申請できます。

V.U（千円未満切捨て） ※3/4
W.補助申請額



タブレット等情報端末は1～6、7を使用してください。
タブレット補助額上限は10万円となります。

(注) 1 K欄に千円未満の端数が生じた場合は切り捨てる（自動計算）
2 パッケージ型は1台当たりの上限額及び台数制限は設けない。
3 通信環境整備については、介護業務支援+連携することで効果が高まると判断できるテクノロジーを導入する場合に、対象となる。

2.調整額 ※県記載欄	3.調整後補助申請額 ※県記載欄

基本情報			
1	事業所名		
2	事業所所在地		
3	サービス種別①		
	サービス種別②		
4	介護保険事業所番号 (特定施設でない軽費、養護は記載不要)		
5	入居又は利用定員 ※人数を記入		
6	常勤職員数 ※リストから選択		
7	申請補助金種別		
補助要件			
8	介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	業務改善計画で回答	【どちらか受講必須】
9	厚生労働省委託事業「都道府県における生産性向上の取組に関する調査及び普及支援（中央管理事業）並びに2025年日本国際博覧会設営等事業」の相談窓口が実施する研修		
10	業務改善計画の作成、事業の実施にあたり千葉県介護業務効率アップセンターへの相談有無		【相談必須】
11	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（名称は問わない。）を設置しているか。	業務改善計画で回答	【回答不要】
12	ケアプランデータ連携システムを利用しているか、また令和7年度内に利用開始する予定があるか。	業務改善計画で回答	【回答不要】
	令和7年度内利用開始の場合、利用開始予定月	月利用開始	「はい（開始予定）」の場合は利用開始月必ず記入
13	ケアプランデータ連携システムにより5事業所と連携しているか（介護ソフトの場合基準額に5万円加算）		【回答不要】
			5事業所記入してください。 ※5事業所連携の場合は任意に5事業所選出してください。
14	独立行政法人情報処理推進機構（IPA）が実施する「SECURITYACTION」の「★一つ星」又は「★★二つ星」の宣言をしているか。 ※事業所単位（個人事業主）または法人単位で申し込むこと。	業務改善計画で回答	【回答必須】

A. 個票	10	B.事業所名		C.申請補助金種別		D.補助基準額		E.補助上限台数	
-------	----	--------	--	-----------	--	---------	--	----------	--

介護テクノロジーの導入支援

※この表は入力不要です。パッケージ型の表に入力してください。

No.	F.製品名	G.種別 (リストから選択)	H.1機器あたりの 対象経費（税抜き）	I.H（千円未満切捨て） ※3/4	J.1機器（一式）あたりの 補助限度額 ※（注2）	K.1機器（一式）あたりの 補助基本額 (I又はHのいずれか低い額)	L.台数	M.補助所要額 (K×L)
10-1								
10-2								
10-3								
10-4								
10-5								
10-6								

介護ソフト

10-7								
------	--	--	--	--	--	--	--	--

介護ソフト導入の場合は1-7を使用してください。

情報端末、介護業務支援（介護ソフト）、その他（ソフト・インカム）は台数に入りません。

(注) 1 K欄に千円未満の端数が生じた場合は切り捨てる（自動計算）
2 L欄は、「移送介護」及び「入浴支援」については1,000,000円、それ以外は300,000円とする。
3 通信環境整備については導入機器の付帯費用として機器の経費に含める。主となる機器の台数に按分して含めてください。
4 介護業務支援+そのテクノロジー機器に関連するテクノロジーを導入する場合はパッケージ型も参照すること。

合計			
P.補助申請基本額 (DとM比較後)	ケアプランデー タ連携加算	補助申請額	1.上限台数チェック ※県記載欄
			OK

介護テクノロジーのパッケージ型

※この表は入力不要です。介護テクノロジー導入支援の表に入力してください。

No.	Q.製品名	R.種別※ (リストから選択)	S.1機器あたりの 対象経費（税抜き）	T.台数	U.対象経費合計
10-1		介護業務支援			
介護業務支援と連携することで効果が高まると判断できるテクノロジーの対象経費（1-2～1-5）					
10-2					
10-3					
10-4					
10-5					
導入機器等と一体的に使用するための情報端末（1-6～1-7）					
10-6					
10-7					
通信環境整備（1-8）					
10-8					

※介護業務支援は必須です。
介護業務支援+連携することで効果が高まると判断できるテクノロジーを導入する場合にパッケージ型で申請できます。

連携することで得られる効果を記載してください。（必須）

V.U（千円未満切捨て） ※3/4
W.補助申請額

タブレット等情報端末は1-6、7を使用してください。
タブレット補助額上限は10万円となります。

(注) 1 K欄に千円未満の端数が生じた場合は切り捨てる（自動計算）
2 パッケージ型は1台当たりの上限額及び台数制限は設けない。
3 通信環境整備については、介護業務支援+連携することで効果が高まると判断できるテクノロジーを導入する場合に、対象となる。

2.調整額 ※県記載欄	3.調整後補助申請額 ※県記載欄