

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	既交付決定額	実績報告額 (額の確定見込額)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

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	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。
	「はい」の場合5事業所記載 ※5事業所以上と連携している場合は任意の5事業所を記載する。	

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. 実績額 (K×L)	
1-1									
1-2									
1-3									
1-4									
1-5									
1-6									
介護ソフト									
1-7								0	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 介護ソフト導入の場合は1-7を使用してください。 </div>					<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 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。 </div>		合計		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> (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。 </div>					ケアプランデータ連携 加算	N. 既交付決定額	O. 差引額 (N-M+ケアプラン 加算)	P. 額の確定見込み額	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					V. U (千円未満切捨て) ※3/4	
1-7					W. 既交付決定額	
通信環境整備 (1-8)					X. 差引額 (W-V+ケアプラン 加算)	
1-8			一式 (税抜き) を記入してください。		Y. 額の確定見込み額	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 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。 </div>					2. 調整額 ※県記載欄	3. 調整後補助申請額 ※県記載欄
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> ※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。 </div>						
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> (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。 </div>						

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	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。
	「はい」の場合5事業所記載 ※5事業所以上と連携している場合は任意の5事業所を記載する。	

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. 実績額 (K×L)			
1-1											
1-2											
1-3											
1-4											
1-5											
1-6											
介護ソフト											
1-7											
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 介護ソフト導入の場合は1-7を使用してください。 </div>					<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 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。 </div>					合計	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> (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。 </div>					ケアプランデータ連携 加算	N. 既交付決定額	O. 差引額 (N-M+ケアプラン 加算)	P. 額の確定見込み額	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						V. U (千円未満切捨て) ※3/4	ケアプランデータ連携 加算	W. 既交付決定額	X. 差引額 (W-V+ケアプラン 加算)				
1-7													
通信環境整備 (1-8)													
1-8									Y. 額の確定見込み額				
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 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。 </div>					<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> (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。 </div>					2. 調整額 ※県記載欄		3. 調整後補助申請額 ※県記載欄	

※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。

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	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。
	「はい」の場合5事業所記載 ※5事業所以上と連携している場合は任意の5事業所を記載する。	

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. 実績額 (K×L)	
1-1									
1-2									
1-3									
1-4									
1-5									
1-6									
介護ソフト									
1-7									
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 介護ソフト導入の場合は1-7を使用してください。 </div>						<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 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。 </div>		合計	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> (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。 </div>					ケアブランドデータ連携 加算	N. 既交付決定額	O. 差引額 (N-M+ケアブラン 加算)	P. 額の確定見込み額	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					V. U (千円未満切捨て) ※3/4	
1-7					ケアブランドデータ連携 加算	
					W. 既交付決定額	X. 差引額 (W-V+ケアブラン 加算)
通信環境整備 (1-8)						Y. 額の確定見込み額
1-8				一式 (税抜き) を記入してください。		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 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。 </div>					<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> ※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。 </div>	
					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	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】
	「はい」の場合5事業所記載 ※5事業所以上と連携している場合は任意の5事業所を記載する。	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。

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. 実績額 (K×L)			
1-1											
1-2											
1-3											
1-4											
1-5											
1-6											
介護ソフト											
1-7											
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 介護ソフト導入の場合は1-7を使用してください。 </div>					<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 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。 </div>					合計	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> (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。 </div>					ケアブランドデータ連携 加算	N. 既交付決定額	O. 差引額 (N-M+ケアブラン 加算)	P. 額の確定見込み額	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						V. U (千円未満切捨て) ※3/4	ケアブランドデータ連携 加算	W. 既交付決定額	X. 差引額 (W-V+ケアブラン 加算)				
1-7													
通信環境整備 (1-8)													
1-8									Y. 額の確定見込み額				
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 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。 </div>					<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> (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。 </div>					2. 調整額 ※県記載欄		3. 調整後補助申請額 ※県記載欄	

※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。

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	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。
	「はい」の場合5事業所記載 ※5事業所以上と連携している場合は任意の5事業所を記載する。	

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. 実績額 (K×L)			
1-1											
1-2											
1-3											
1-4											
1-5											
1-6											
介護ソフト											
1-7											
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 介護ソフト導入の場合は1-7を使用してください。 </div>					<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 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。 </div>					合計	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <small>(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。</small> </div>					ケアブランドデータ連携 加算	N. 既交付決定額	O. 差引額 (N-M+ケアブラン 加算)	P. 額の確定見込み額	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						V. U (千円未満切捨て) ※3/4	ケアブランドデータ連携 加算	W. 既交付決定額	X. 差引額 (W-V+ケアブラン 加算)				
1-7													
通信環境整備 (1-8)													
1-8									Y. 額の確定見込み額				
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 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。 </div>					<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <small>(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。</small> </div>					2. 調整額 ※県記載欄		3. 調整後補助申請額 ※県記載欄	

※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。

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	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。
	「はい」の場合5事業所記載 ※5事業所以上と連携している場合は任意の5事業所を記載する。	

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. 実績額 (K×L)	
1-1									
1-2									
1-3									
1-4									
1-5									
1-6									
介護ソフト									
1-7									
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 介護ソフト導入の場合は1-7を使用してください。 </div>					<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 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。 </div>		合計		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> (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。 </div>					ケアブランドデータ連携 加算	N. 既交付決定額	O. 差引額 (N-M+ケアブラン 加算)	P. 額の確定見込み額	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					V. U (千円未満切捨て) ※3/4					
1-7					ケアブランドデータ連携 加算					
通信環境整備 (1-8)										
1-8				一式 (税抜き) を記入してください。	W. 既交付決定額					
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 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。 </div>										
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> (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。 </div>										
					2. 調整額 ※県記載欄	3. 調整後補助申請額 ※県記載欄				

※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。

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	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。
	「はい」の場合5事業所記載 ※5事業所以上と連携している場合は任意の5事業所を記載する。	

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. 実績額 (K×L)	
1-1									
1-2									
1-3									
1-4									
1-5									
1-6									
介護ソフト									
1-7									
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 介護ソフト導入の場合は1-7を使用してください。 </div>							<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 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。 </div>		
							合計	0	0
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> (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。 </div>					ケアブランドデータ連携 加算	N. 既交付決定額	O. 差引額 (N-M+ケアブラン 加算)	P. 額の確定見込み額	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					V. U (千円未満切捨て) ※3/4		
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。			
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 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。 </div>					<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> ※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。 </div>		
					W. 既交付決定額	X. 差引額 (W-V+ケアブラン加算)	Y. 額の確定見込み額
					2. 調整額 ※県記載欄	3. 調整後補助申請額 ※県記載欄	

(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。

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	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。
	「はい」の場合5事業所記載 ※5事業所以上と連携している場合は任意の5事業所を記載する。	

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. 実績額 (K×L)	
1-1									
1-2									
1-3									
1-4									
1-5									
1-6									
介護ソフト									
1-7									
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>介護ソフト導入の場合は1-7を使用してください。</p> </div>						<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>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。</p> </div>		合計	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>(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> </div>					ケアプランデータ連携 加算	N. 既交付決定額	O. 差引額 (N-M+ケアプラン 加算)	P. 額の確定見込み額	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					V. U (千円未満切捨て) ※3/4		
1-7					ケアプランデータ連携 加算		
					W. 既交付決定額	X. 差引額 (W-V+ケアプラン 加算)	
通信環境整備 (1-8)						Y. 額の確定見込み額	
1-8				---式 (税抜き) を記入してください。			
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>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。</p> </div>						2. 調整額 ※県記載欄	3. 調整後補助申請額 ※県記載欄
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>(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。</p> </div>							

※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。

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	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。
	「はい」の場合5事業所記載 ※5事業所以上と連携している場合は任意の5事業所を記載する。	

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. 実績額 (K×L)			
1-1											
1-2											
1-3											
1-4											
1-5											
1-6											
介護ソフト											
1-7											
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 介護ソフト導入の場合は1-7を使用してください。 </div>					<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 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。 </div>					合計	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> (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。 </div>					ケアブランドデータ連携 加算	N. 既交付決定額	O. 差引額 (N-M+ケアブラン 加算)	P. 額の確定見込み額	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						V. U (千円未満切捨て) ※3/4
1-7						ケアブランドデータ連携 加算
					W. 既交付決定額	X. 差引額 (W-V+ケアブラン 加算)
通信環境整備 (1-8)						Y. 額の確定見込み額
1-8				---式 (税抜き) を記入してください。		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 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。 </div>					<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ※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。 </div>	
					2. 調整額 ※県記載欄	3. 調整後補助申請額 ※県記載欄

(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。

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	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】
	「はい」の場合5事業所記載 ※5事業所以上と連携している場合は任意の5事業所を記載する。	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。

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. 実績額 (K×L)			
1-1											
1-2											
1-3											
1-4											
1-5											
1-6											
介護ソフト											
1-7											
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 介護ソフト導入の場合は1-7を使用してください。 </div>					<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 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。 </div>					合計	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <small>(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。</small> </div>					ケアブランドデータ連携 加算	N. 既交付決定額	O. 差引額 (N-M+ケアブラン 加算)	P. 額の確定見込み額	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						V. U (千円未満切捨て) ※3/4
1-7						ケアブランドデータ連携 加算
					W. 既交付決定額	X. 差引額 (W-V+ケアブラン 加算)
通信環境整備 (1-8)						Y. 額の確定見込み額
1-8				---式 (税抜き) を記入してください。		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 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。 </div>					<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <small>(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。</small> </div>	
					2. 調整額 ※県記載欄	3. 調整後補助申請額 ※県記載欄

※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。