

事前申請

・ 所要額調書の記載方法①総表

- 総表は法人ごとに作成してください
- 黄色セルを記入してください

第 1 号様式別紙
1

所要額調書（総表）

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	利用定員	職員数	補助申請額
1							
10							

⇒ここを記載

⇒個票から自動反映
するため、なにも記載
しないでください。

事前申請

・ 所要額調書の記載方法②基本情報

- 申請事業所ごとに作成してください
- 黄色セルを記入してください

基本情報		1	
基本情報			
1	事業所名	千葉訪問介護	
2	事業所所在地	千葉県千葉市〇〇区〇〇 1-1	
3	サービス種別①	通所・居宅	
	サービス種別②	訪問介護	
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)	12××××××××	
5	入居又は利用定員 ※人数を記入	25	
6	常勤職員数 ※リストから選択	10名以下	
7	申請補助金種別	介護テクノロジーの導入支援	

軽費・養護は記載不要

事前申請

・ 所要額調書の記載方法②基本情報

- 申請事業所ごとに作成してください
- 黄色セルを記入してください

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	
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	業務改善計画で回答
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	はい
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
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
	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
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）	いいえ
	「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。
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

「○○必須」となっている項目は事前申請時には必ずしも実施している必要はありませんが、**交付申請時までには必ず実施**してください。※必須項目はサービス種別によって異なります。

「業務改善計画で回答」と書いてある場合は基本情報での回答は不要です。

13は補助金の加算要件となりますので、事前申請時も当てはまる場合は必ず記載してください。
対象：介護テクノロジーの導入支援を申請する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。）

事前申請

・所要額調書の記載方法③個票1

- 申請事業所ごとに作成してください
- 黄色セルを記入してください

A. 個票	1	B. 事業所名	千葉訪問介護	C. 申請補助金種別	介護テクノロジーの導入支援	D. 補助基準額	8,500,000	E. 補助上限台数	13
介護テクノロジーの導入支援		※この表に入力してください。							
No.	H. 製品名	I. 種別 (リストから選択)	J. 1機器あたりの 対象経費 (税抜き)	K. J (千円未満切捨て) ※3/4	L. 1機器 (一式) あたりの 補助限度額 ※ (注2)	M. 1機器 (一式) あたりの 補助基本額 (L 又は M のいずれか低い額)	N. 台数	O. 補助所要額 (M × N)	
1-1	○○○	排泄支援	10,000	7,000	300,000	7,000	1	7,000	
1-2	△△△	移乗支援	50,000	37,000	1,000,000	37,000	1	37,000	
1-3	◇◇◇	移動支援	13,000	9,000	300,000	9,000	1	9,000	
1-4	□□□	導入機器等と一体的に使用する ための情報端末	9,800	7,000	100,000	7,000	10	70,000	
1-5	×××	その他 (ソフト・インカム)	82,000	61,000	300,000	61,000	13	793,000	
1-6				0		0		0	
介護ソフト									
1-7	●×ソフト	介護業務支援 (介護ソフト・ライ センスあり)	3,560,000	2,670,000	1,000,000	1,000,000	1	1,000,000	
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	3	1,916,000
(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、「移乗介護」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。 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 O 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 ※※※記載欄
						1,916,000	0	1,916,000	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.	H. 製品名	I. 種別※ (リストから選択)	J. 1機器あたりの 対象経費 (税抜き)	N. 台数	対象経費合計	※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。			
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)						連携することで得られる効果を記載してください。(必須)			
1-2		介護業務支援							
1-3		移動支援							
1-4		その他							
1-5		その他 (ソフト・インカム)			0				
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		導入機器等と一体的に使用する ための情報端末				K. J (千円未満切捨て) ※3/4			
1-7		導入機器等と一体的に使用する ための情報端末				0			
通信環境整備 (1-8)						補助申請基本額	ケアプランデー連携加算	補助申請額	
1-8		通信環境整備		――式 (税抜き) を記入してく ださい。		0	0	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。						2. 調整額 ※※※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 (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。						3. 調整後補助申請額 ※※※記載欄			

共通

・対象経費は必ず**税抜**で記載してください。
・「**※この表に入力してください。**」と記載してある方に入力してください。

テクノロジー導入支援

・台数制限 (定員の1/2) にタブレット等の情報端末、介護業務支援 (介護ソフト)、その他 (ソフト・インカム) は含まれません。
・介護ソフト導入の場合は1-7に記載し、台数は「1」としてください。
・通信環境整備をする場合は、単独での導入は不可で、主となる経費と合算し導入台数で按分してください。

パッケージ型

・1-2~1-5の「連携することで得られる効果」は導入機器ごとに**必ず記載**してください。
・パッケージ型でも情報端末は1台あたり (税抜) 10万円となります。
・通信環境整備はパッケージ型の要件を満たした場合にのみ補助対象となります。

同シートにありますので注意してください。