

所要額調書作成手順および注意点

- ・この様式は、事前協議後の交付申請時にも提出を求めます。(1度作成すればR8中は再使用可。)
- ・10事業所を超えて申請する場合は、エクセルファイルを複数使用して記入してください。
- ・総表および個票に入力欄がございます。
- ・**黄色セルが入力必須**の欄で、それ以外の欄は**編集不可**となっています。申請機器を記入する欄が足りない等の事情がある場合は、県高齢者福祉課(043-223-3496)あてにご連絡ください。
- ・機器がTAISに掲載され、介護テクノロジーとして登録されているか確認してください。

掲載先 (<https://www.techno-tais.jp/ServiceWelfareGoodsList.php>)

やること	注意点
①総表(黒色のシート)の法人情報を入力	<ul style="list-style-type: none"> ・迷ったら、法人謄本(履歴事項証明書等)に合わせて記載してください。 ・事業所によって担当者が異なる場合であっても、窓口となる担当者の連絡先を記載してください。
②個票作成(個票1から順に入力)	<ul style="list-style-type: none"> ・個票は上段に介護テクノロジー等導入支援、下段にパッケージ型導入支援を記載する仕様です。どちらか1つ、該当する方を使用してください。 ただし、事業所名等の基本情報は、1番上の2行で記載してください。(特定施設ではない養護・軽費は介護保険事業所番号不要) ・記載例(白色のシート)を確認すると、①から順に入力する順番をお示ししています。番号に沿って入力してください。
③総表に金額が反映されているか確認	<ul style="list-style-type: none"> ・金額が反映されていない場合は、個票を確認し、入力不備がないか再確認してください。
④ (事前協議時) ちば電子申請サービスで事前協議の申し込みをする際に 総表の欄外で、赤丸で囲まれた金額を入力していただく必要がございます。	<ul style="list-style-type: none"> ・R8年度は、「見守り」・「介護ソフト」・「インカム」が優先補助となりますので、優先分とそうではない分の金額がわかるようにそれぞれ金額が計算されています。また、介護テクノロジー等導入支援かパッケージ型導入支援かどうかもわけております。(申請フォームでもわけて記載する仕様となっています。) ・10事業所を超えて申請する場合は、複数のエクセルファイルの総表を確認し、それぞれ合算して申請フォームで入力。
補助内容について	注意点
パッケージ型とは	申請する複数の機器が「介護業務支援」を軸に連携している場合、申請できます。
補助対象外経費	<p>以下は補助対象外です。(実施要綱に掲載)</p> <p>ア.メンテナンスに係る経費(介護ソフトのシステム保守料を除く)</p> <p>イ.通信費</p> <p>ウ.保険料</p> <p>エ.消費税</p> <p>オ.過年度に導入した機器・介護ソフト等のランニングコスト</p> <p>カ.既に保有している機器等の廃棄にかかる経費</p> <p>キ.運搬費</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護ソフトはベンダーサポート費(初期設定等)の申請ができます。 ・介護ソフト以外のテクノロジーは、必ず実施しないと使用できないといった理由がある場合の工事費等は申請可能です。(予算の都合上、ベンダーサポート費は対象外)
介護ソフト、バックオフィスソフト 以外 のテクノロジーの付帯費用	<p>例えば見守り機器とそれを使用するためにWi-Fiを整備する場合、Wi-Fiの経費を見守りの台数で除し、見守り1台あたりの金額と合算して、1台あたりの補助対象経費とします。</p> <p>計算例) 見守り機器…15万円×20台、Wi-Fi…200万円 200万円/20台=10万円 → 15万円+10万円=25万円(補助対象経費)</p>

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	補助種別	利用定員	職員数	優先補助対象の申請額合計	優先以外の申請額合計	各事業所補助申請額合計
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
							法人申請額合計			

個票 1



A.補助種別	B.介護保険事業者番号	C.事業所名	D.事業所所在地	E.サービス種別	F-1.利用定員	F-2.職員数	◎優先補助対象の申請額合計	◎優先以外の申請額合計	◎事業所申請額合計
介護テクノロジー等の導入支援	123456234	特別養護老人ホームちーば	千葉市中央区市場町1-1	●介護老人福祉施設サービス	35	21人～30人	1,134,000	6,381,000	7,515,000

介護テクノロジー等の導入支援

介護テクノロジー等の導入支援

No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.1機器あたりの 対象経費 (税抜き)	J.台数 (上限台数の合計は利 用定員の半分まで)	K.I×4/5 (千円未満切捨て)	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 (KまたはLのいずれか 低い額)	N.補助所要額 (M×J)	O.補助上限額	P.補助申請額 (NまたはOの いずれか低い 額)	Q.優先補助対象の申 請額	R.Q以外の申請額
1-1	みまもりしすてむ	見守り	有	124,345	10	99,000	300,000	99,000	990,000	O.補助上限額	P.補助申請額 (NまたはOの いずれか低い 額)	★	R.Q以外の申請額
1-2	にゅうよくん	入浴支援	無	2,012,345	2	1,609,000	1,000,000	1,000,000	2,000,000				
1-3	むきむきスーツ	移乗支援	有	456,978	5	365,000	1,000,000	365,000	1,825,000				
1-4						0		0	0				
1-5						0		0	0				
1-6						0		0	0				
1-7						0		0	0				
合計					17				4,815,000	7,500,000	4,815,000	990,000	3,825,000

県確認欄	台数チェック	OK	優先補助額合計 (上限額比較前)	990,000
------	--------	----	---------------------	---------

介護ソフトおよびバックオフィスソフト

No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.補助対象経費 (税抜き)	J.職員数(ライセンス数) により合計金額が変動 する契約か	K.介護ソフトの導入に伴う 経費(情報端末or通信環境 整備orベンダーサポート費 用)を申請するか	L.令和8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 タ連携するか	M.補助所要額 I×補助率(千円未満切 捨て)	N.補助所要額合計	O.基準額	P.補助申請額 (NまたはOのい ずれか低い額)	Q.優先補助対象の申 請額	R.Q以外の申請額
2-1	のびのびソフト	介護ソフト(介護業務支援)	有	180,000	×	○	○	144,000	2,909,000	2,700,000	2,700,000	★	R.Q以外の申請額
2-2	Wi-fi設備	介護ソフトの導入に伴う経費(情報端末or通信環境整備orベンダーサポート費用)	無	3,456,780				2,765,000					
2-3				0									
2-4				0									
2-5				0									
2-6				0									
合計												144,000	2,556,000

県確認欄	基準額	2,500,000	150,000	50,000	基準額合計	2,700,000	優先補助額合計 (上限額比較前)	144,000
------	-----	-----------	---------	--------	-------	-----------	---------------------	---------

補助要件

1.介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	受講後アンケート 受付番号	00000	【受講必須】	5-1.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)	はい	【回答必須】
2.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		【相談必須】	5-2.「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。	・おおの事業所 ・さくらサービス ・相業介護 ・にのみやん家 ・MJサポート	5事業所を記入
3.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			6.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	
4-1.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8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					
4-2.令和8年度内利用開始の場合、利用開始予定月	5	月利用開始	「はい(開始予定)」の場合は利用開始月を必ず記入			

←⑤

←②介護ソフト
バックオフ
申請したい機

←③介護ソフト
バックオフ

←④補助要件
事前協議時
大丈夫です

介護テクノロジー等のパッケージ型導入支援

					A.補助種別	B.介護保険事業者番号	C.事業所名	D.事業所所在地	E.サービス種別	F-1.利用定員	F-2.職員数				
					介護テクノロジー等の導入支援	123456234	特別養護老人ホームちーば	千葉市中央区市場町1-1	●介護老人福祉施設サービス	35	21人～30人				
No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.補助対象経費 (税抜き)	J.台数 (上限台数なし、一式 の場合は1と入力)	K.介護ソフトの導入に伴う 経費(情報端末or通信環境 整備orベンダーサポート費 用)を申請するか	L.令和8年度中に「ケアブ ランダーデータ連携システム」 により5事業所以上とデー タ連携するか	M.申請する介護テクノ ロジー同士が連携する ことで得られる効果を 記載してください(自由 記述)	N.補助所要額 I×補助率(千円未 満切捨て)×J	O.補助所要額合計	P.基準額	Q.補助申請額 (0またはPのい ずれか低い額)	R.優先補助対象の 申請額		
1-1	みまもりしずむ	介護業務支援 インカム	有	120,000	50	○	○	見守りのセンサーで感知した利用者の情報やインカムで共有した内容を介護記録ソフトと情報端末を使用して記録および情報共有が容易にできるようになる。また、製品の連携にはWi-fiが必要である。等	4,800,000	10,167,000	10,200,000	10,167,000	★	S.R以外の申請額	T.事業所申請額合計
1-2	のびのびソフト	介護ソフト(介護業務支援)	有	234,567	1				187,000				★		
1-3	Wi-fi設備	介護ソフトの導入に伴う経費(情報端末or通信環境整備orベンダーサポート費用)	無	3,456,780	1				2,765,000						
1-4	iRad	介護ソフトの導入に伴う経費(情報端末or通信環境整備orベンダーサポート費用)	無	89,000	15				1,065,000						
1-5	いんかむん	介護業務支援 インカム	有	67,890	25				1,350,000				★		
1-6									0						
1-7									0						
1-8															
1-9															
1-10									0						
1-11									0						
1-12									0						
												4,987,000	5,180,000	10,167,000	

←②申請したい機器をすべて入力

県確認欄	基準額	150,000	50,000	基準額合計	10,200,000	優先補助額合計 (上限額比較前)	4,987,000
------	-----	---------	--------	-------	------------	---------------------	-----------

↑④申請額

補助要件						
1.介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	受講後アンケート 受付番号	0 0 0 0 0	【受講必須】	5-1.ケアブランド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)	はい	【回答必須】
2.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		【相談必須】	5-2.「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。	・おおの事業所 ・さくらいサービス ・相葉介護 ・にのみやん家 ・MJサポート	5事業所を記入
3.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			6.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	
4-1.ケアブランドデータ連携システムを利用しているか、また令和8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					
4-2.令和8年度内利用開始の場合、利用開始予定月	8	月利用開始	「はい(開始予定)」の場合は利用開始月を必ず記入			

←③補助要
事前協議時
大丈夫です

個票 1

◎優先補助対象の申請額合計	◎優先以外の申請額合計	◎事業所申請額合計

A.補助種別	B.介護保険事業者番号	C.事業所名	D.事業所所在地	E.サービス種別	F-1.利用定員	F-2.職員数

介護テクノロジー等の導入支援

介護テクノロジー等の導入支援

No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.1機器あたりの 対象経費 (税抜き)	J.台数 (上限台数の合計は利 用定員の半分まで)	K.1×4/5 (千円未満切捨て)	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 (KまたはLのいずれか 低い額)	N.補助所要額 (M×J)	O.補助上限額	P.補助申請額 (NまたはOの いずれか低い 額)	Q.優先補助対象の申 請額	R.Q以外の申請額		
1-1															
1-2															
1-3															
1-4															
1-5															
1-6															
1-7															
				合計					7,500,000						

県確認欄	台数チェック	OK	優先補助額合計 (上限額比較前)
------	--------	----	---------------------

介護ソフトおよびバックオフィスソフト

No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.補助対象経費 (税抜き)	J.職員数(ライセンス数) により合計金額が変動 する契約か	K.介護ソフトの導入に伴う 経費(情報端末or通信環境 整備orベンダーサポート費 用)を申請するか	L.令和8年度中に「ケアブ ランダーデータ連携システム」 により5事業所以上とデー タ連携するか	M.補助所要額 I×補助率(千円未満切 捨て)	N.補助所要額合計	O.基準額	P.補助申請額 (NまたはOのい ずれか低い額)	Q.優先補助対象の申 請額	R.Q以外の申請額	
2-1														
2-2														
2-3														
2-4														
2-5														
2-6														
										2,500,000				

県 確認欄	基準額	2,500,000	基準額合計	2,500,000	優先補助額合計 (上限額比較前)
----------	-----	-----------	-------	-----------	---------------------

補助要件						
1.介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	受講後アンケート 受付番号		【受講必須】	5-1.ケアブランダー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)		【回答必須】
2.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】	5-2.「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事業所を記入
3.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			6.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	
4-1.ケアブランダーデータ連携システムを利用しているか、また令和8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					
4-2.令和8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を必ず記入			

個票 1

介護テクノロジー等のパッケージ型導入支援

					A.補助種別	B.介護保険事業者番号	C.事業所名	D.事業所所在地	E.サービス種別	F-1.利用定員	F-2.職員数					
No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.補助対象経費 (税抜き)	J.台数 (上限台数なし、一式 の場合は1と入力)	K.介護ソフトの導入に伴う 経費(情報端末or通信環境 整備orベンダーサポート費 用)を申請するか	L.令和8年度中に「ケアブ ランダーデータ連携システム」 により5事業所以上とデー タ連携するか	M.申請する介護テクノ ロジー同士が連携する ことで得られる効果を 記載してください(自由 記述)	N.補助所要額 I×補助率(千円未 満切捨て)×J	O.補助所要額合計	P.基準額	Q.補助申請額 (OまたはPのい ずれか低い額)	R.優先補助対象の 申請額	S.R以外の 申請額	T.事業所 申請額合計	
1-1											10,000,000			S.R以外の 申請額	T.事業所 申請額合計	
1-2																
1-3																
1-4																
1-5																
1-6																
1-7																
1-8																
1-9																
1-10																
1-11																
1-12																

県確認欄	基準額		基準額合計	10,000,000	優先補助額合計 (上限額比較前)	
------	-----	--	-------	------------	---------------------	--

補助要件						
1.介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	受講後アンケート 受付番号		【受講必須】	5-1.ケアブランダー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)		【回答必須】
2.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】	5-2.「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事業所を記入
3.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			6.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	
4-1.ケアブランダーデータ連携システムを利用しているか、また令和8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					
4-2.令和8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を必ず記入			

◎優先補助対象の申請額合計	◎優先以外の申請額合計	◎事業所申請額合計

A.補助種別	B.介護保険事業者番号	C.事業所名	D.事業所所在地	E.サービス種別	F-1.利用定員	F-2.職員数

介護テクノロジー等の導入支援

介護テクノロジー等の導入支援

No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.1.機器あたりの 対象経費 (税抜き)	J.台数 (上限台数の合計は利 用定員の半分まで)	K.1×4/5 (千円未満切捨て)	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 (KまたはLのいずれか 低い額)	N.補助所要額 (M×J)	O.補助上限額	P.補助申請額 (NまたはOの いずれか低い 額)	Q.優先補助対象の申 請額	R.Q以外の申請額		
1-1															
1-2															
1-3															
1-4															
1-5															
1-6															
1-7															
				合計					7,500,000						

県確認欄	台数チェック	OK	優先補助額合計 (上限額比較前)
------	--------	----	---------------------

介護ソフトおよびバックオフィスソフト

No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.補助対象経費 (税抜き)	J.職員数(ライセンス数) により合計金額が変動 する契約か	K.介護ソフトの導入に伴う 経費 (情報端末or通信環境 整備orベンダーサポート費 用)を申請するか	L.令和8年度中に「ケアブ ランデータ連携システム」 により5事業所以上とデー タ連携するか	M.補助所要額 I×補助率(千円未満切 捨て)	N.補助所要額合計	O.基準額	P.補助申請額 (NまたはOのい ずれか低い額)	Q.優先補助対象の申 請額	R.Q以外の申請額
2-1													
2-2													
2-3													
2-4													
2-5													
2-6													
										2,500,000			

県 確認欄	基準額	2,500,000	基準額合計	2,500,000	優先補助額合計 (上限額比較前)
----------	-----	-----------	-------	-----------	---------------------

補助要件						
1.介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	受講後アンケート 受付番号		【受講必須】	5-1.ケアブ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)		【回答必須】
2.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】	5-2.「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事業所を記入
3.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			6.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	
4-1.ケアブランデータ連携システムを利用しているか、また令和8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					
4-2.令和8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を必ず記入			

介護テクノロジー等のパッケージ型導入支援

					A.補助種別	B.介護保険事業者番号	C.事業所名	D.事業所所在地	E.サービス種別	F-1.利用定員	F-2.職員数				
No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.補助対象経費 (税抜き)	J.台数 (上限台数なし、一式 の場合は1と入力)	K.介護ソフトの導入に伴う 経費(情報端末or通信環境 整備orベンダーサポート費 用)を申請するか	L.令和8年度中に「ケアブ ランダーデータ連携システム」 により5事業所以上とデー タ連携するか	M.申請する介護テクノ ロジー同士が連携する ことで得られる効果を 記載してください(自由 記述)	N.補助所要額 I×補助率(千円未 満切捨て)×J	O.補助所要額合計	P.基準額	Q.補助申請額 (OまたはPのい ずれか低い額)	R.優先補助対象の 申請額	S.R以外の 申請額	T.事業所 申請額合計
1-1															
1-2															
1-3															
1-4															
1-5															
1-6															
1-7															
1-8															
1-9															
1-10															
1-11															
1-12															
											10,000,000				

県確認欄	基準額		基準額合計	10,000,000	優先補助額合計 (上限額比較前)	
------	-----	--	-------	------------	---------------------	--

補助要件						
1.介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	受講後アンケート 受付番号		【受講必須】	5-1.ケアブランダー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)		【回答必須】
2.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】	5-2.「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事業所を記入
3.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			6.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	
4-1.ケアブランダーデータ連携システムを利用しているか、また令和8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					
4-2.令和8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を必ず記入			

◎優先補助対象の申請額合計	◎優先以外の申請額合計	◎事業所申請額合計

A.補助種別	B.介護保険事業者番号	C.事業所名	D.事業所所在地	E.サービス種別	F-1.利用定員	F-2.職員数

介護テクノロジー等の導入支援

介護テクノロジー等の導入支援

No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.1機器あたりの 対象経費 (税抜き)	J.台数 (上限台数の合計は利 用定員の半分まで)	K.1×4/5 (千円未満切捨て)	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 (KまたはLのいずれか 低い額)	N.補助所要額 (M×J)	O.補助上限額	P.補助申請額 (NまたはOの いずれか低い 額)	Q.優先補助対象の申 請額	R.Q以外の申請額		
1-1															
1-2															
1-3															
1-4															
1-5															
1-6															
1-7															
				合計					7,500,000						

県確認欄	台数チェック	OK	優先補助額合計 (上限額比較前)
------	--------	----	---------------------

介護ソフトおよびバックオフィスソフト

No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.補助対象経費 (税抜き)	J.職員数(ライセンス数) により合計金額が変動 する契約か	K.介護ソフトの導入に伴う 経費(情報端末or通信環境 整備orベンダーサポート費 用)を申請するか	L.令和8年度中に「ケアブ ランダーデータ連携システム」 により5事業所以上とデー タ連携するか	M.補助所要額 I×補助率(千円未満切 捨て)	N.補助所要額合計	O.基準額	P.補助申請額 (NまたはOのい ずれか低い額)	Q.優先補助対象の申 請額	R.Q以外の申請額	
2-1														
2-2														
2-3														
2-4														
2-5														
2-6														
										2,500,000				

県 確認欄	基準額	2,500,000	基準額合計	2,500,000	優先補助額合計 (上限額比較前)
----------	-----	-----------	-------	-----------	---------------------

補助要件						
1.介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	受講後アンケート 受付番号		【受講必須】	5-1.ケアブランダー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)		【回答必須】
2.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】	5-2.「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事業所を記入
3.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			6.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	
4-1.ケアブランダーデータ連携システムを利用しているか、また令和8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					
4-2.令和8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を必ず記入			

介護テクノロジー等のパッケージ型導入支援

					A.補助種別	B.介護保険事業者番号	C.事業所名	D.事業所所在地	E.サービス種別	F-1.利用定員	F-2.職員数				
No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.補助対象経費 (税抜き)	J.台数 (上限台数なし、一式 の場合は1と入力)	K.介護ソフトの導入に伴う 経費(情報端末or通信環境 整備orベンダーサポート費 用)を申請するか	L.令和8年度中に「ケアブ ランダーデータ連携システム」 により5事業所以上とデー タ連携するか	M.申請する介護テクノ ロジー同士が連携する ことで得られる効果を 記載してください(自由 記述)	N.補助所要額 I×補助率(千円未 満切捨て)×J	O.補助所要額合計	P.基準額	Q.補助申請額 (0またはPのい ずれか低い額)	R.優先補助対象の 申請額	S.R以外の 申請額	T.事業所 申請額合計
1-1															
1-2															
1-3															
1-4															
1-5															
1-6															
1-7															
1-8															
1-9															
1-10															
1-11															
1-12															
											10,000,000				

県確認欄	基準額		基準額合計	10,000,000	優先補助額合計 (上限額比較前)	
------	-----	--	-------	------------	---------------------	--

補助要件						
1.介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	受講後アンケート 受付番号		【受講必須】	5-1.ケアブランダー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)		【回答必須】
2.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】	5-2.「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事業所を記入
3.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			6.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	
4-1.ケアブランダーデータ連携システムを利用しているか、また令和8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					
4-2.令和8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を必ず記入			

◎優先補助対象の申請額合計	◎優先以外の申請額合計	◎事業所申請額合計

A.補助種別	B.介護保険事業者番号	C.事業所名	D.事業所所在地	E.サービス種別	F-1.利用定員	F-2.職員数

介護テクノロジー等の導入支援

介護テクノロジー等の導入支援

No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.1機器あたりの 対象経費 (税抜き)	J.台数 (上限台数の合計は利 用定員の半分まで)	K.1×4/5 (千円未満切捨て)	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 (KまたはLのいずれか 低い額)	N.補助所要額 (M×J)	O.補助上限額	P.補助申請額 (NまたはOの いずれか低い 額)	Q.優先補助対象の申 請額	R.Q以外の申請額		
1-1															
1-2															
1-3															
1-4															
1-5															
1-6															
1-7															
				合計					7,500,000						

県確認欄	台数チェック	OK	優先補助額合計 (上限額比較前)
------	--------	----	---------------------

介護ソフトおよびバックオフィスソフト

No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.補助対象経費 (税抜き)	J.職員数(ライセンス数) により合計金額が変動 する契約か	K.介護ソフトの導入に伴う 経費(情報端末or通信環境 整備orベンダーサポート費 用)を申請するか	L.令和8年度中に「ケアブ ランダーデータ連携システム」 により5事業所以上とデー タ連携するか	M.補助所要額 I×補助率(千円未満切 捨て)	N.補助所要額合計	O.基準額	P.補助申請額 (NまたはOのい ずれか低い額)	Q.優先補助対象の申 請額	R.Q以外の申請額
2-1													
2-2													
2-3													
2-4													
2-5													
2-6													
										2,500,000			

県 確認欄	基準額	2,500,000	基準額合計	2,500,000	優先補助額合計 (上限額比較前)
----------	-----	-----------	-------	-----------	---------------------

補助要件						
1.介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	受講後アンケート 受付番号		【受講必須】	5-1.ケアブランダー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)		【回答必須】
2.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】	5-2.「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事業所を記入
3.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			6.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	
4-1.ケアブランダーデータ連携システムを利用しているか、また令和8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					
4-2.令和8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を必ず記入			

介護テクノロジー等のパッケージ型導入支援

					A.補助種別	B.介護保険事業者番号	C.事業所名	D.事業所所在地	E.サービス種別	F-1.利用定員	F-2.職員数				
No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.補助対象経費 (税抜き)	J.台数 (上限台数なし、一式 の場合は1と入力)	K.介護ソフトの導入に伴う 経費(情報端末or通信環境 整備orベンダーサポート費 用)を申請するか	L.令和8年度中に「ケアブ ランダーデータ連携システム」 により5事業所以上とデー タ連携するか	M.申請する介護テクノ ロジー同士が連携する ことで得られる効果を 記載してください(自由 記述)	N.補助所要額 I×補助率(千円未 満切捨て)×J	O.補助所要額合計	P.基準額	Q.補助申請額 (OまたはPのい ずれか低い額)	R.優先補助対象の 申請額	S.R以外の 申請額	T.事業所 申請額合計
1-1															
1-2															
1-3															
1-4															
1-5															
1-6															
1-7															
1-8															
1-9															
1-10															
1-11															
1-12															
											10,000,000				

県確認欄	基準額		基準額合計	10,000,000	優先補助額合計 (上限額比較前)	
------	-----	--	-------	------------	---------------------	--

補助要件						
1.介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	受講後アンケート 受付番号		【受講必須】	5-1.ケアブランダー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)		【回答必須】
2.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】	5-2.「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事業所を記入
3.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			6.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	
4-1.ケアブランダーデータ連携システムを利用しているか、また令和8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					
4-2.令和8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を必ず記入			

◎優先補助対象の申請額合計	◎優先以外の申請額合計	◎事業所申請額合計

A.補助種別	B.介護保険事業者番号	C.事業所名	D.事業所所在地	E.サービス種別	F-1.利用定員	F-2.職員数

介護テクノロジー等の導入支援

介護テクノロジー等の導入支援

No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.1機器あたりの 対象経費 (税抜き)	J.台数 (上限台数の合計は利 用定員の半分まで)	K.1×4/5 (千円未満切捨て)	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 (KまたはLのいずれか 低い額)	N.補助所要額 (M×J)	O.補助上限額	P.補助申請額 (NまたはOの いずれか低い 額)	Q.優先補助対象の申 請額	R.Q以外の申請額		
1-1															
1-2															
1-3															
1-4															
1-5															
1-6															
1-7															
				合計					7,500,000						

県確認欄	台数チェック	OK	優先補助額合計 (上限額比較前)
------	--------	----	---------------------

介護ソフトおよびバックオフィスソフト

No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.補助対象経費 (税抜き)	J.職員数(ライセンス数) により合計金額が変動 する契約か	K.介護ソフトの導入に伴う 経費(情報端末or通信環境 整備orベンダーサポート費 用)を申請するか	L.令和8年度中に「ケアブ ランダーデータ連携システム」 により5事業所以上とデー タ連携するか	M.補助所要額 I×補助率(千円未満切 捨て)	N.補助所要額合計	O.基準額	P.補助申請額 (NまたはOのい ずれか低い額)	Q.優先補助対象の申 請額	R.Q以外の申請額	
2-1														
2-2														
2-3														
2-4														
2-5														
2-6														
										2,500,000				

県 確認欄	基準額	2,500,000		基準額合計	2,500,000	優先補助額合計 (上限額比較前)
----------	-----	-----------	--	-------	-----------	---------------------

補助要件						
1.介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	受講後アンケート 受付番号		【受講必須】	5-1.ケアブランダー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)		【回答必須】
2.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】	5-2.「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事業所を記入
3.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			6.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	
4-1.ケアブランダーデータ連携システムを利用しているか、また令和8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					
4-2.令和8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を必ず記入			

介護テクノロジー等のパッケージ型導入支援

					A.補助種別	B.介護保険事業者番号	C.事業所名	D.事業所所在地	E.サービス種別	F-1.利用定員	F-2.職員数				
No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.補助対象経費 (税抜き)	J.台数 (上限台数なし、一式 の場合は1と入力)	K.介護ソフトの導入に伴う 経費(情報端末or通信環境 整備orベンダーサポート費 用)を申請するか	L.令和8年度中に「ケアブ ランダーデータ連携システム」 により5事業所以上とデー タ連携するか	M.申請する介護テクノ ロジー同士が連携する ことで得られる効果を 記載してください(自由 記述)	N.補助所要額 I×補助率(千円未 満切捨て)×J	O.補助所要額合計	P.基準額	Q.補助申請額 (OまたはPのい ずれか低い額)	R.優先補助対象の 申請額		
1-1															
1-2															
1-3															
1-4															
1-5															
1-6															
1-7															
1-8															
1-9															
1-10															
1-11															
1-12															
											10,000,000			S,R以外の 申請額	T.事業所 申請額合計

県確認欄	基準額		基準額合計	10,000,000	優先補助額合計 (上限額比較前)	
------	-----	--	-------	------------	---------------------	--

補助要件						
1.介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	受講後アンケート 受付番号		【受講必須】	5-1.ケアブランダー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)		【回答必須】
2.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】	5-2.「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事業所を記入
3.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			6.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	
4-1.ケアブランダーデータ連携システムを利用しているか、また令和8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					
4-2.令和8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を必ず記入			

◎優先補助対象の申請額合計	◎優先以外の申請額合計	◎事業所申請額合計

介護テクノロジー等の導入支援

A.補助種別	B.介護保険事業者番号	C.事業所名	D.事業所所在地	E.サービス種別	F-1.利用定員	F-2.職員数

介護テクノロジー等の導入支援

No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.1機器あたりの 対象経費 (税抜き)	J.台数 (上限台数の合計は利 用定員の半分まで)	K.1×4/5 (千円未満切捨て)	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 (KまたはLのいずれか 低い額)	N.補助所要額 (M×J)	O.補助上限額	P.補助申請額 (NまたはOの いずれか低い 額)	Q.優先補助対象の申 請額	R.Q以外の申請額		
1-1															
1-2															
1-3															
1-4															
1-5															
1-6															
1-7															
				合計					7,500,000						

県確認欄	台数チェック	OK	優先補助額合計 (上限額比較前)
------	--------	----	---------------------

介護ソフトおよびバックオフィスソフト

No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.補助対象経費 (税抜き)	J.職員数(ライセンス数) により合計金額が変動 する契約か	K.介護ソフトの導入に伴う 経費(情報端末or通信環境 整備orベンダーサポート費 用)を申請するか	L.令和8年度中に「ケアブ ランダーデータ連携システム」 により5事業所以上とデー タ連携するか	M.補助所要額 I×補助率(千円未満切 捨て)	N.補助所要額合計	O.基準額	P.補助申請額 (NまたはOのい ずれか低い額)	Q.優先補助対象の申 請額	R.Q以外の申請額	
2-1														
2-2														
2-3														
2-4														
2-5														
2-6														
										2,500,000				

県 確認欄	基準額	2,500,000		基準額合計	2,500,000	優先補助額合計 (上限額比較前)
----------	-----	-----------	--	-------	-----------	---------------------

補助要件

1.介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	受講後アンケート 受付番号		【受講必須】	5-1.ケアブランダー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)		【回答必須】
2.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】	5-2.「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事業所を記入
3.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			6.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	
4-1.ケアブランダーデータ連携システムを利用しているか、また令和8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					
4-2.令和8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を必ず記入			

介護テクノロジー等のパッケージ型導入支援

					A.補助種別	B.介護保険事業者番号	C.事業所名	D.事業所所在地	E.サービス種別	F-1.利用定員	F-2.職員数				
No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.補助対象経費 (税抜き)	J.台数 (上限台数なし、一式 の場合は1と入力)	K.介護ソフトの導入に伴う 経費(情報端末or通信環境 整備orベンダーサポート費 用)を申請するか	L.令和8年度中に「ケアブ ランダーデータ連携システム」 により5事業所以上とデー タ連携するか	M.申請する介護テクノ ロジー同士が連携する ことで得られる効果を 記載してください(自由 記述)	N.補助所要額 I×補助率(千円未 満切捨て)×J	O.補助所要額合計	P.基準額	Q.補助申請額 (OまたはPのい ずれか低い額)	R.優先補助対象の 申請額	S.R以外の 申請額	T.事業所 申請額合計
1-1															
1-2															
1-3															
1-4															
1-5															
1-6															
1-7															
1-8															
1-9															
1-10															
1-11															
1-12															
											10,000,000				

県確認欄	基準額		基準額合計	10,000,000	優先補助額合計 (上限額比較前)	
------	-----	--	-------	------------	---------------------	--

補助要件						
1.介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	受講後アンケート 受付番号		【受講必須】	5-1.ケアブランダー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)		【回答必須】
2.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】	5-2.「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事業所を記入
3.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			6.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	
4-1.ケアブランダーデータ連携システムを利用しているか、また令和8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					
4-2.令和8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を必ず記入			

◎優先補助対象の申請額合計	◎優先以外の申請額合計	◎事業所申請額合計

A.補助種別	B.介護保険事業者番号	C.事業所名	D.事業所所在地	E.サービス種別	F-1.利用定員	F-2.職員数

介護テクノロジー等の導入支援

介護テクノロジー等の導入支援

No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.1機器あたりの 対象経費 (税抜き)	J.台数 (上限台数の合計は利 用定員の半分まで)	K.1×4/5 (千円未満切捨て)	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 (KまたはLのいずれか 低い額)	N.補助所要額 (M×J)	O.補助上限額	P.補助申請額 (NまたはOの いずれか低い 額)	Q.優先補助対象の申 請額	R.Q以外の申請額		
1-1															
1-2															
1-3															
1-4															
1-5															
1-6															
1-7															
				合計					7,500,000						

県確認欄	台数チェック	OK	優先補助額合計 (上限額比較前)
------	--------	----	---------------------

介護ソフトおよびバックオフィスソフト

No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.補助対象経費 (税抜き)	J.職員数(ライセンス数) により合計金額が変動 する契約か	K.介護ソフトの導入に伴う 経費(情報端末or通信環境 整備orベンダーサポート費 用)を申請するか	L.令和8年度中に「ケアブ ランダーデータ連携システム」 により5事業所以上とデー タ連携するか	M.補助所要額 I×補助率(千円未満切 捨て)	N.補助所要額合計	O.基準額	P.補助申請額 (NまたはOのい ずれか低い額)	Q.優先補助対象の申 請額	R.Q以外の申請額
2-1													
2-2													
2-3													
2-4													
2-5													
2-6													
										2,500,000			

県 確認欄	基準額	2,500,000	基準額合計	2,500,000	優先補助額合計 (上限額比較前)
----------	-----	-----------	-------	-----------	---------------------

補助要件						
1.介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	受講後アンケート 受付番号		【受講必須】	5-1.ケアブランダー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)		【回答必須】
2.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】	5-2.「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事業所を記入
3.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			6.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	
4-1.ケアブランダーデータ連携システムを利用しているか、また令和8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					
4-2.令和8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を必ず記入			

介護テクノロジー等のパッケージ型導入支援

					A.補助種別	B.介護保険事業者番号	C.事業所名	D.事業所所在地	E.サービス種別	F-1.利用定員	F-2.職員数				
No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.補助対象経費 (税抜き)	J.台数 (上限台数なし、一式 の場合は1と入力)	K.介護ソフトの導入に伴う 経費(情報端末or通信環境 整備orベンダーサポート費 用)を申請するか	L.令和8年度中に「ケアブ ランダーデータ連携システム」 により5事業所以上とデー タ連携するか	M.申請する介護テクノ ロジー同士が連携する ことで得られる効果を 記載してください(自由 記述)	N.補助所要額 I×補助率(千円未 満切捨て)×J	O.補助所要額合計	P.基準額	Q.補助申請額 (OまたはPのい ずれか低い額)	R.優先補助対象の 申請額		
1-1											10,000,000			S,R以外の 申請額	T.事業所 申請額合計
1-2															
1-3															
1-4															
1-5															
1-6															
1-7															
1-8															
1-9															
1-10															
1-11															
1-12															

県確認欄	基準額		基準額合計	10,000,000	優先補助額合計 (上限額比較前)	
------	-----	--	-------	------------	---------------------	--

補助要件						
1.介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	受講後アンケート 受付番号		【受講必須】	5-1.ケアブランダー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)		【回答必須】
2.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】	5-2.「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事業所を記入
3.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			6.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	
4-1.ケアブランダーデータ連携システムを利用しているか、また令和8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					
4-2.令和8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を必ず記入			

◎優先補助対象の申請額合計	◎優先以外の申請額合計	◎事業所申請額合計

A.補助種別	B.介護保険事業者番号	C.事業所名	D.事業所所在地	E.サービス種別	F-1.利用定員	F-2.職員数

介護テクノロジー等の導入支援

介護テクノロジー等の導入支援

No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.1機器あたりの 対象経費 (税抜き)	J.台数 (上限台数の合計は利 用定員の半分まで)	K.1×4/5 (千円未満切捨て)	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 (KまたはLのいずれか 低い額)	N.補助所要額 (M×J)	O.補助上限額	P.補助申請額 (NまたはOの いずれか低い 額)	Q.優先補助対象の申 請額	R.Q以外の申請額		
1-1															
1-2															
1-3															
1-4															
1-5															
1-6															
1-7															
				合計					7,500,000						

県確認欄	台数チェック	OK	優先補助額合計 (上限額比較前)
------	--------	----	---------------------

介護ソフトおよびバックオフィスソフト

No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.補助対象経費 (税抜き)	J.職員数(ライセンス数) により合計金額が変動 する契約か	K.介護ソフトの導入に伴う 経費(情報端末or通信環境 整備orベンダーサポート費 用)を申請するか	L.令和8年度中に「ケアブ ランダーデータ連携システム」 により5事業所以上とデー タ連携するか	M.補助所要額 I×補助率(千円未満切 捨て)	N.補助所要額合計	O.基準額	P.補助申請額 (NまたはOのい ずれか低い額)	Q.優先補助対象の申 請額	R.Q以外の申請額	
2-1														
2-2														
2-3														
2-4														
2-5														
2-6														
										2,500,000				

県 確認欄	基準額	2,500,000		基準額合計	2,500,000	優先補助額合計 (上限額比較前)
----------	-----	-----------	--	-------	-----------	---------------------

補助要件						
1.介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	受講後アンケート 受付番号		【受講必須】	5-1.ケアブランダー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)		【回答必須】
2.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】	5-2.「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事業所を記入
3.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			6.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	
4-1.ケアブランダーデータ連携システムを利用しているか、また令和8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					
4-2.令和8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を必ず記入			

介護テクノロジー等のパッケージ型導入支援

					A.補助種別	B.介護保険事業者番号	C.事業所名	D.事業所所在地	E.サービス種別	F-1.利用定員	F-2.職員数					
No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.補助対象経費 (税抜き)	J.台数 (上限台数なし、一式 の場合は1と入力)	K.介護ソフトの導入に伴う 経費(情報端末or通信環境 整備orベンダーサポート費 用)を申請するか	L.令和8年度中に「ケアブ ランダーデータ連携システム」 により5事業所以上とデー タ連携するか	M.申請する介護テクノ ロジー同士が連携する ことで得られる効果を 記載してください(自由 記述)	N.補助所要額 I×補助率(千円未 満切捨て)×J	O.補助所要額合計	P.基準額	Q.補助申請額 (OまたはPのい ずれか低い額)	R.優先補助対象の 申請額			
1-1											10,000,000			S,R以外の 申請額	T.事業所 申請額合計	
1-2																
1-3																
1-4																
1-5																
1-6																
1-7																
1-8																
1-9																
1-10																
1-11																
1-12																

県確認欄	基準額		基準額合計	10,000,000	優先補助額合計 (上限額比較前)	
------	-----	--	-------	------------	---------------------	--

補助要件						
1.介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	受講後アンケート 受付番号		【受講必須】	5-1.ケアブランダー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)		【回答必須】
2.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】	5-2.「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事業所を記入
3.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			6.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	
4-1.ケアブランダーデータ連携システムを利用しているか、また令和8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					
4-2.令和8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を必ず記入			

◎優先補助対象の申請額合計	◎優先以外の申請額合計	◎事業所申請額合計

介護テクノロジー等の導入支援

A.補助種別	B.介護保険事業者番号	C.事業所名	D.事業所所在地	E.サービス種別	F-1.利用定員	F-2.職員数

介護テクノロジー等の導入支援

No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.1機器あたりの 対象経費 (税抜き)	J.台数 (上限台数の合計は利 用定員の半分まで)	K.1×4/5 (千円未満切捨て)	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 (KまたはLのいずれか 低い額)	N.補助所要額 (M×J)	O.補助上限額	P.補助申請額 (NまたはOの いずれか低い 額)	Q.優先補助対象の申 請額	R.Q以外の申請額		
1-1															
1-2															
1-3															
1-4															
1-5															
1-6															
1-7															
				合計					7,500,000						

県確認欄	台数チェック	OK	優先補助額合計 (上限額比較前)
------	--------	----	---------------------

介護ソフトおよびバックオフィスソフト

No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.補助対象経費 (税抜き)	J.職員数(ライセンス数) により合計金額が変動 する契約か	K.介護ソフトの導入に伴う 経費(情報端末or通信環境 整備orベンダーサポート費 用)を申請するか	L.令和8年度中に「ケアブ ランダーデータ連携システム」 により5事業所以上とデー タ連携するか	M.補助所要額 I×補助率(千円未満切 捨て)	N.補助所要額合計	O.基準額	P.補助申請額 (NまたはOのい ずれか低い額)	Q.優先補助対象の申 請額	R.Q以外の申請額
2-1													
2-2													
2-3													
2-4													
2-5													
2-6													
										2,500,000			

県 確認欄	基準額	2,500,000	基準額合計	2,500,000	優先補助額合計 (上限額比較前)
----------	-----	-----------	-------	-----------	---------------------

補助要件						
1.介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	受講後アンケート 受付番号		【受講必須】	5-1.ケアブランダー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)		【回答必須】
2.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】	5-2.「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事業所を記入
3.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			6.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	
4-1.ケアブランダーデータ連携システムを利用しているか、また令和8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					
4-2.令和8年度内利用開始の場合、利用開始予定月	5	月利用開始	「はい(開始予定)」の場合は利用開始月を必ず記入			

介護テクノロジー等のパッケージ型導入支援

					A.補助種別	B.介護保険事業者番号	C.事業所名	D.事業所所在地	E.サービス種別	F-1.利用定員	F-2.職員数					
No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.補助対象経費 (税抜き)	J.台数 (上限台数なし、一式 の場合は1と入力)	K.介護ソフトの導入に伴う 経費(情報端末or通信環境 整備orベンダーサポート費 用)を申請するか	L.令和8年度中に「ケアブ ランダーデータ連携システム」 により5事業所以上とデー タ連携するか	M.申請する介護テクノ ロジー同士が連携する ことで得られる効果を 記載してください(自由 記述)	N.補助所要額 I×補助率(千円未 満切捨て)×J	O.補助所要額合計	P.基準額	Q.補助申請額 (OまたはPのい ずれか低い額)	R.優先補助対象の 申請額	S.R以外の 申請額	T.事業所 申請額合計	
1-1											10,000,000					
1-2																
1-3																
1-4																
1-5																
1-6																
1-7																
1-8																
1-9																
1-10																
1-11																
1-12																

県確認欄	基準額		基準額合計	10,000,000	優先補助額合計 (上限額比較前)	
------	-----	--	-------	------------	---------------------	--

補助要件						
1.介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	受講後アンケート 受付番号		【受講必須】	5-1.ケアブランダー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)		【回答必須】
2.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】	5-2.「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事業所を記入
3.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			6.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	
4-1.ケアブランダーデータ連携システムを利用しているか、また令和8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					
4-2.令和8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を必ず記入			

◎優先補助対象の申請額合計	◎優先以外の申請額合計	◎事業所申請額合計

A.補助種別	B.介護保険事業者番号	C.事業所名	D.事業所所在地	E.サービス種別	F-1.利用定員	F-2.職員数

介護テクノロジー等の導入支援

介護テクノロジー等の導入支援

No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.1機器あたりの 対象経費 (税抜き)	J.台数 (上限台数の合計は利 用定員の半分まで)	K.1×4/5 (千円未満切捨て)	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 (KまたはLのいずれか 低い額)	N.補助所要額 (M×J)	O.補助上限額	P.補助申請額 (NまたはOの いずれか低い 額)	Q.優先補助対象の申 請額	R.Q以外の申請額		
1-1															
1-2															
1-3															
1-4															
1-5															
1-6															
1-7															
				合計					7,500,000						

県確認欄	台数チェック	OK	優先補助額合計 (上限額比較前)
------	--------	----	---------------------

介護ソフトおよびバックオフィスソフト

No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.補助対象経費 (税抜き)	J.職員数(ライセンス数) により合計金額が変動 する契約か	K.介護ソフトの導入に伴う 経費(情報端末or通信環境 整備orベンダーサポート費 用)を申請するか	L.令和8年度中に「ケアブ ランダーデータ連携システム」 により5事業所以上とデー タ連携するか	M.補助所要額 I×補助率(千円未満切 捨て)	N.補助所要額合計	O.基準額	P.補助申請額 (NまたはOのい ずれか低い額)	Q.優先補助対象の申 請額	R.Q以外の申請額
2-1													
2-2													
2-3													
2-4													
2-5													
2-6													
										2,500,000			

県 確認欄	基準額	2,500,000	基準額合計	2,500,000	優先補助額合計 (上限額比較前)
----------	-----	-----------	-------	-----------	---------------------

補助要件						
1.介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	受講後アンケート 受付番号		【受講必須】	5-1.ケアブランダー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)		【回答必須】
2.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】	5-2.「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事業所を記入
3.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			6.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	
4-1.ケアブランダーデータ連携システムを利用しているか、また令和8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					
4-2.令和8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を必ず記入			

介護テクノロジー等のパッケージ型導入支援

					A.補助種別	B.介護保険事業者番号	C.事業所名	D.事業所所在地	E.サービス種別	F-1.利用定員	F-2.職員数					
No.	G.製品名	H-1.種別 (リストから選択)	H-2. TAIS掲載有 無	I.補助対象経費 (税抜き)	J.台数 (上限台数なし、一式 の場合は1と入力)	K.介護ソフトの導入に伴う 経費(情報端末or通信環境 整備orベンダーサポート費 用)を申請するか	L.令和8年度中に「ケアブ ランダーデータ連携システム」 により5事業所以上とデー タ連携するか	M.申請する介護テクノ ロジー同士が連携する ことで得られる効果を 記載してください(自由 記述)	N.補助所要額 I×補助率(千円未 満切捨て)×J	O.補助所要額合計	P.基準額	Q.補助申請額 (0またはPのい ずれか低い額)	R.優先補助対象の 申請額			
1-1											10,000,000			S,R以外の 申請額	T.事業所 申請額合計	
1-2																
1-3																
1-4																
1-5																
1-6																
1-7																
1-8																
1-9																
1-10																
1-11																
1-12																

県確認欄	基準額		基準額合計	10,000,000	優先補助額合計 (上限額比較前)	
------	-----	--	-------	------------	---------------------	--

補助要件						
1.介護業務効率アップセンターの業務改善推進セミナー	受講後アンケート 受付番号		【受講必須】	5-1.ケアブランダー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)		【回答必須】
2.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】	5-2.「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事業所を記入
3.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			6.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	
4-1.ケアブランダーデータ連携システムを利用しているか、また令和8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					
4-2.令和8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を必ず記入			