様式第１号（第５条関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

佐賀県知事　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 所在地 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 名称及び代表者職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |

○○年度佐賀県介護現場における先進機器導入支援事業費補助金交付申請書

　○○年度佐賀県介護現場における先進機器導入支援事業費補助金について、下記のとおり補助金の交付を受けたいので、佐賀県補助金等交付規則及び佐賀県介護現場における先進機器導入支援事業費補助金交付要綱の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

１　交付申請額　　　　金　　　　　　　　　円

２　業務改善計画の概要　　　　　　　　　　　　（必要に応じて行を追加すること。）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 計画番号 | 事業所名 | サービス種別 | 機器名等 | 台数（台） | 導入目的 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |

３　関係書類

(1) 経費所要額調書（別紙1-2）

(2) 暴力団排除に係る誓約書（別紙1-3）

(3) 見積書の写し

(4) 導入する先進機器のカタログ等

(5) 事業所の規模が分かる書類（介護ロボットの場合は利用定員が確認できる運営規定等、ICT機器の場合は常勤換算職員数が確認できる勤務表等）

(6) 様式第７号　最新版のケアプラン標準仕様への対応状況確認書（ICT機器を導入する場合で「ケアプラン連携標準仕様」の対象となる介護サービス事業所のみ）

(7) 様式第８号　LIFEのCSV取込機能への対応状況確認書（既に使用している介護ソフトを「LIFE標準仕様」に対応させるための改修費用に係る申請を行う場合のみ）

別紙1-3

誓約書

私は、下記の事項について誓約します。

なお、県が必要な場合には、佐賀県警察本部に照会することについて承諾します。

また、照会で確認された情報は、今後、私が県と行う他の契約等における身分確認に利用することに同意します。

記

１　自己又は自社の役員等が、次のいずれにも該当する者ではありません。

（１）暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第77号）第２条第２号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）

（２）暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第２条第６号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）

（３）暴力団員でなくなった日から５年を経過しない者

（４）自己、自社若しくは第三者の不正な利益を図る目的又は第三者に損害を与える目的をもって暴力団又は暴力団員を利用している者

（５）暴力団又は暴力団員に対して資金等を提供し、又は便宜を供与する等直接的又は積極的に暴力団の維持運営に協力し、又は関与している者

（６）暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者

（７）暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれらを利用している者

２　１の（２）から（７）に掲げる者が、その経営に実質的に関与している法人その他の団体又は個人ではありません。

　　　　　　年　　月　　日

（ 収 支 等 命 令 者 ）　様

　　　　　　　　　　 〔 法人、団体にあっては事務所所在地 〕

住　　所

　　　　　　 　　　　〔 法人、団体にあっては法人・団体名、代表者名 〕

（ふりがな）

氏　　名

生年月日（代表者）　　　　　　　年　　　　月　　　　日

（ふりがな）

責任者氏名

※氏名の欄は本人が自署すること。ただし、法人の場合は、申請の担当部局の責任者の氏名の自署を付記し、法人代表者の氏名及びふりがなを記名とすることができる。

様式第3号（第７条関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

佐賀県知事　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 所在地 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 名称及び代表者職・氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 |  |

○○年度佐賀県介護現場における先進機器導入支援事業費補助金変更承認申請書

　○○年○○月○○日付け長寿第○○号で補助金交付決定の通知があった○○年度佐賀県介護現場における先進機器導入支援事業費補助金について、変更承認を受けたいので、佐賀県補助金等交付規則及び佐賀県介護現場における先進機器導入支援事業費補助金交付要綱の規定により、下記のとおり申請します。

記

１　既交付決定額　　　　　金　　　　　　　　　円

２　変更後の交付申請額　　金　　　　　　　　　円

３　変更理由

４　関係書類

(1) 経費所要額調書（別紙1-2）

(2) その他、知事が必要と認める書類

様式第4号（第７条関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

佐賀県知事　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 所在地 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 名称及び代表者職・氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 |  |

○○年度佐賀県介護現場における先進機器導入支援事業費補助金中止（廃止）承認申請書

　○○年○○月○○日付け長寿第○○号で補助金交付決定の通知があった○○年度佐賀県介護現場における先進機器導入支援事業費補助金について、下記の理由により、中止（廃止）したいので、佐賀県補助金等交付規則及び佐賀県介護現場における先進機器導入支援事業費補助金交付要綱の規定により申請します。

記

１　既交付決定額　　　　　金　　　　　　　　　円

２　中止（廃止）理由

※　「中止（廃止）」については、不要な文字を削除すること。

様式第5号（第8条関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

佐賀県知事　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 所在地 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 名称及び代表者職・氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 |  |

○○年度佐賀県介護現場における先進機器導入支援事業費補助金実績報告書

　　○○年○○月○○日付け長寿第○○号で補助金交付決定の通知があった○○年度佐賀県介護現場における先進機器導入支援事業費補助金について、下記のとおり事業を実施したので、佐賀県補助金等交付規則及び佐賀県介護現場における先進機器導入支援事業費補助金交付要綱の規定により、関係書類を添えて報告します。

記

１　補助金の交付決定額及びその精算額

交付決定額　　　　金　　　　　　　　　円

精　算　額　　　　金　　　　　　　　　円

２　事業完了年月日　　　　年　　月　　日

３　関係書類

(1) 経費所要額精算書（別紙1-4）

(2) 補助対象事業に係る契約書等の写し

(3) 補助対象事業に係る領収書又は支払いが確認できる書類の写し

(4) 導入した先進機器の写真

様式第6号（第10条関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

佐賀県知事　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 所在地 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 名称及び代表者職・氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 |  |

○○年度佐賀県介護現場における先進機器導入支援事業費補助金交付請求書

　　○○年○○月○○日付け長寿第○○号で確定通知があった○○年度佐賀県介護現場における先進機器導入支援事業費補助金について、下記金額を交付されるよう、佐賀県補助金等交付規則及び佐賀県介護現場における先進機器導入支援事業費補助金交付要綱の規定により請求します。

記

請求額　　金　　　　　　　　　円

【振込先】

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　　　　　支店（　　　　　　）　　　　　　　　　（　　　　） |
| 預金種別 | 普通　　当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義人**（カタカナ）** |  |

※申請者と口座名義人が異なる場合は、委任状（任意様式）を提出してください。

（様式第７号）　　　　　最新版のケアプラン標準仕様への対応状況確認書

|  |  |
| --- | --- |
| ベンダー名 |  |
| 介護ソフト名 |  |
| 対応状況の情報掲載URL |  |
| 国保中央会ベンダーテスト | 実施（申込済　実施中　終了（合　不合））　未実施 |

１　対象サービス（該当箇所に〇）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護給付 | 11 | 訪問介護 |  |  | 予防給付 | 62 | 介護予防訪問入浴介護 |  |
| 12 | 訪問入浴介護 |  |  | 63 | 介護予防訪問看護 |  |
| 13 | 訪問看護（※定期巡回連携型を含む） |  |  | 64 | 介護予防訪問リハビリテーション |  |
| 14 | 訪問リハビリテーション |  |  | 66 | 介護予防通所リハビリテーション |  |
| 15 | 通所介護 |  |  | 67 | 介護予防福祉用具貸与 |  |
| 16 | 通所リハビリテーション |  |  | 24 | 介護予防短期入所生活介護 |  |
| 17 | 福祉用具貸与 |  |  | 25 | 介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設） |  |
| 21 | 短期入所生活介護 |  |  | 26 | 介護予防短期入所療養介護（介護療養型医療施設等） |  |
| 22 | 短期入所療養介護（介護老人保健施設） |  |  | 2B | 介護予防短期入所療養介護（介護医療院） |  |
| 23 | 短期入所療養介護（介護療養型医療施設等） |  |  | 34 | 介護予防居宅療養管理指導 |  |
| 2A | 短期入所療養介護（介護医療院） |  |  | 74 | 介護予防認知症対応型通所介護 |  |
| 31 | 居宅療養管理指導 |  |  | 75 | 介護予防小規模多機能型居宅介護 |  |
| 71 | 夜間対応型訪問介護 |  |  | 69 | 介護予防小規模多機能型居宅介護（短期利用） |  |
| 76 | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |  |  | 39 | 介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用） |  |
| 72 | 認知症対応型通所介護 |  |  | 総合事業 | A1 | 訪問型サービス（みなし） |  |
| 78 | 地域密着型通所介護 |  |  | A2 | 訪問型サービス（独自） |  |
| 73 | 小規模多機能型居宅介護 |  |  | A3 | 訪問型サービス（独自／定率） |  |
| 68 | 小規模多機能型居宅介護（短期利用） |  |  | A4 | 訪問型サービス（独自／定額） |  |
| 77 | 看護小規模多機能型居宅介護 |  |  | A5 | 通所型サービス（みなし） |  |
| 79 | 看護小規模多機能型居宅介護（短期利用） |  |  | A6 | 通所型サービス（独自） |  |
| 27 | 特定施設入居者生活介護（短期利用） |  |  | A7 | 通所型サービス（独自／定率） |  |
| 28 | 地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用） |  |  | A8 | 通所型サービス（独自／定額） |  |
| 38 | 認知症対応型共同生活介護（短期利用） |  |  |  |  |  |  |

２　出力・取込に対応しているインターフェイスファイル（該当箇所に〇）

　①居宅サービス計画書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 居宅介護支援事業所 | 居宅サービス事業所 |
| 出力 | 取込 | 出力 | 取込 |
| A　利用者補足情報 |  | - | - |  |
| B-1　居宅サービス計画１表 |  | - | - |  |
| B-2　居宅サービス計画１表\_削除　※ |
| C　居宅サービス計画２表 |  | - | - |  |

○：必要　-：不要　※：任意

　②居宅サービス計画書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 居宅介護支援事業所 | 居宅サービス事業所 |
| 出力 | 取込 | 出力 | 取込 |
| D　利用者補足情報 |  | - | - |  |
| E　第６表（サービス利用票）予定 |  | - | - |  |
| F　第６表（サービス利用票）予定削除　※ |
| G　第６表実績情報 | - |  |  | - |
| H　第６表実績情報削除 |
| I　第７表（サービス利用票別表） |  | - | - |  |

○：必要　-：不要　※：任意

（様式第８号）　　　　　　LIFEのCSV取込機能への対応状況確認書

|  |  |
| --- | --- |
| ベンダー名 |  |
| 介護ソフト名 |  |
| 対応状況の情報掲載URL |  |

出力に対応しているインターフェイスファイル（該当箇所に〇）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| インターフェース項目名 | 全て | 一部 |
| 利用者情報 |  |  |
| 科学的介護推進情報 |  |  |
| 科学的介護推進情報（既往歴情報） |  |  |
| 科学的介護推進情報（服薬情報） |  |  |
| 栄養・摂食嚥下情報 |  |  |
| 口腔衛生管理情報 |  |  |
| 口腔機能向上サービス管理情報 |  |  |
| 生活機能チェック情報 |  |  |
| 興味関心チェック情報 |  |  |
| 個別機能訓練計画情報 |  |  |
| リハビリテーション計画書（医療介護共通部分） |  |  |
| リハビリテーション計画書（介護） |  |  |
| リハビリテーション会議録（様式３情報） |  |  |
| リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票（様式４情報） |  |  |
| 生活行為向上リハビリテーション実施計画書（様式５情報） |  |  |
| 褥瘡マネジメント情報 |  |  |
| 排せつ支援情報 |  |  |
| 自立支援促進情報 |  |  |
| 薬剤変更情報 |  |  |
| 薬剤変更情報（既往歴情報） |  |  |
| ＡＤＬ維持等情報 |  |  |
| その他情報 |  |  |

様式第９号（第8条関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

佐賀県知事　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 所在地 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 名称及び代表者職・氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 |  |

○○年度佐賀県介護現場における先進機器導入支援事業費補助金実績報告書

　　○○年○○月○○日付け長寿第○○号で補助金交付決定の通知があった○○年度佐賀県介護現場における先進機器導入支援事業費補助金について、下記のとおり事業を実施したので、佐賀県補助金等交付規則及び佐賀県介護現場における先進機器導入支援事業費補助金交付要綱の規定により、関係書類を添えて報告します。

記

１　補助金の交付決定額及びその精算額

補助金精算額　　金　　　　　　　　　円

既交付額　　金　　　　　　　　　円（要返還額　　金　　　　　　　　　円）

２　事業完了年月日　　　　年　　月　　日

３　関係書類

(1) 経費所要額精算書（別紙1-4）

(2) 補助対象事業に係る契約書等の写し

(3) 補助対象事業に係る領収書又は支払いが確認できる書類の写し

(4) 導入した先進機器の写真

様式第10号（第10条関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

佐賀県知事　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 所在地 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 名称及び代表者職・氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 |  |

○○年度佐賀県介護現場における先進機器導入支援事業費補助金交付請求書

　　○○年○○月○○日付け長寿第○○号で交付決定の通知があった○○年度佐賀県介護現場における先進機器導入支援事業費補助金のうち、下記金額を交付されるよう佐賀県補助金等交付規則及び佐賀県介護現場における先進機器導入支援事業費補助金交付要綱の規定により請求します。

記

請　求　額　　　　　　　金　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　　　内訳　交付決定額　金　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　　　　　　交付済額　金　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　　　　　　今回請求額　金　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　　　　　　残額　金　　　　　　　　　円

【振込先】

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　　　　　支店（　　　　　　）　　　　　　　　　（　　　　） |
| 預金種別 | 普通　　当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義人**（カタカナ）** |  |

※　申請者と口座名義人が異なる場合は、委任状（任意様式）を提出してください。

※　請求額の根拠となる書類を添付してください。