

申請日と入力欄の青のセルに必要な事項を入力して下さい。

令和4年度 在宅介護事業所・介護保険施設における業務効率化支援事業

基本情報

令和4年 ○月 ○日

申請日を記載

記載例

入力項目		入力欄
法人情報	法人名	社会福祉法人兵庫会
	法人代表者の職名	理事長
	法人代表者の氏名	兵庫 太郎
	法人本部 郵便番号	650-0000
	法人本部 住所	兵庫県神戸市中央区下山手通5-10-1
	法人本部の代表電話番号	078-123-****
	法人代表メール	〇〇@〇〇.jp
事業所・施設情報	事業所・施設名	特別養護老人ホームひょうご〇〇
	種別(プルダウン選択)	特別養護老人ホーム
	事業所番号	28*****
	管理者名	兵庫 次郎
	郵便番号	650-0000
	事業所住所	兵庫県〇〇市1-1
	電話番号	078-123-****
	指定年月日(和暦)	平成〇年〇月〇日 和暦で記載
	サービス提供年数(みなし期間含む)	15 ※数字のみ記載
	入居者数/利用者数	50 ※数字のみ記載
職員数(数字のみ)	50 ※数字のみ記載	
担当者情報	ご担当者① 氏名	兵庫次郎
	ご担当者② 氏名 ※任意	兵庫花子(担当者が複数おられる場合記載してください)
	郵便番号	郵便番号
	住所	住所
	電話番号	電話番号
	メールアドレス	担当者と連絡がつくメールアドレス
口座情報	金融機関名	〇〇銀行
	支店名	〇〇支店
	支店番号	777
	金融機関種別	銀行
	預金種別	普通
	口座番号	1234****
	口座名義	社会福祉法人兵庫会
	口座名義フリガナ	シャカイフクシホウジンヒョウゴカイ

法人情報を記載
導入計画書、交付申請書、
債権者登録、誓約書に一部転記

今回申請を行う
事業所/施設の情報を記載。
導入計画書・所要額調査に
一部転記

本事業ご担当者の情報を記載。
在籍されている施設の住所、
連絡が取れる電話番号・
メールアドレスを記載。
書類の送付や、手続きを進める
上で連絡をします。

債権者登録書に一部転記します。
原則、法人名のみ、
または法人名+理事長名の
口座を登録。

上記以外の名称の口座名義の
場合、事業完了時に委任状の
提出が必要。
(施設名・施設長名などが
入っている場合)

【兵庫県】在宅介護事業所・介護保険施設における業務効率化支援事業

ICT 機器等導入計画書

記載例

1	事業所情報	法人名	社会福祉法人兵庫会		
		事業所・施設名	特別養護老人ホームひょうご〇〇		
		事業所番号	28*****	種別	特別養護老人ホーム
		事業所住所	兵庫県〇〇市1-1		
		入居者／利用者数	50		人
		職員数	50		人

基本情報から転記

2	補助要件の確認 実施要綱内「2.補助要件①～⑤」の要件を全て満たすことを確認した上で申請。 ※必ず〇をつけること。	①導入計画書の作成(本様式)	①～⑤要件確認済			
		②LIFEによる情報収集へ協力すること(LIFE利用申請の有無問わず)				
		③情報端末(タブレット端末等)導入時、介護ソフトをインストールし、業務での使用に限る				
		④SECURITY ACTIONの宣言	一つ星	〇	二つ星	〇
		⑤導入効果の報告・他事業者からの照会に応じること				

SECURITY ACTION宣言後一つ星、二つ星のいずれかに〇
①～⑤の要件を確認し、全て満たす場合〇
※満たさない場合は補助対象外

3	一気通貫について いずれかに〇	今回の申請により一気通貫が完了する	〇
		一気通貫が完了している	

どちらかに〇
一気通貫が完了しない場合補助対象外

4	今回導入する 介護ソフト・機器等 該当箇所に全て 〇をつけて下さい	介護ソフト(クラウドサービス)の新規・機能追加	〇
		情報端末(介護ソフトをインストールし介護記録を行うためのタブレット・スマートフォン)	〇
		通信環境機器(wi-fi・ルーター・アクセスポイントなど)	
		一気通貫が完了済・本申請で完了する場合のみ選択可。	インカム
		バックオフィス業務のソフトやクラウドサービス	

該当するもの全てに〇

5	今回導入する 介護ソフト・機器等 導入目的の該当箇所に 全て〇をつけて下さい	介護ソフト・情報端末を新規・または追加導入し、一気通貫を完了する。	〇
		通信環境機器の導入により、ICT機器を効果的に活用する。	〇
		一気通貫が完了済・本申請で完了し、介護ソフト(クラウドサービス)・情報端末の追加導入を行う。	
		一気通貫が完了済・本申請で完了し、バックオフィス業務の機器(インカム)・ソフトを導入する。	〇

該当するものに〇

6	補助区分の確認 (黄色セル) 該当有り 〇 該当無し × 選択した補助区分の ブルーのセルに必要事項 記載、該当に〇を選択 2.補助要件を 満たした上で、 ・ア～ウ1つ以上 該当→補助率3/4 ・該当無しでエを 選択→補助率1/2	ア	LIFE標準仕様に準拠した介護ソフトを使用してLIFEにデータを提供している又は提供を予定している	〇	補助率 3/4			
			LIFE利用申請について	申請済		〇	事業完了迄に申請完了予定	
			申請済を選択時利用方法記載	LIFEに提供しているデータ内容を記載				
		イ	ケアプラン標準仕様に準拠した介護ソフトを使用して事業所内・事業所間で居宅サービス計画書・施設サービス計画書等のデータ連携を行っている又は行うことを予定している	〇				
			データ連携先	データをやりとりしている事業所等を記載				
			内容	例:ケアプランの連携、事業所内でのデータ共有				
		ウ	連携方法	例:CSVファイル出力など実際の連携方法を記載				
			対象となる文書に 〇	ICT導入により文書量半減(5割以上)を実現させる導入計画となっている		〇		
				a		利用者ごとの計画作成や、記録に係る書類 (例:アセスメントシート、サービス担当者会議録など)		〇
				b		介護報酬の請求に関する文書 (例:サービス提供表、介護給付費明細書など)		
c	実施記録(例:送迎や入浴等の記録)							
d	加算に係るチェックシート、スクリーニング様式など							
e	その他の書類()							
エ	ア～ウの区分に該当しない場合			補助率 1/2				

黄色セルア～ウに
該当箇所に〇

該当箇所の詳細を
青のセルに記載
又は該当箇所に〇

その他書類が有る場合
名称を記載

ア～ウに該当無しの場合エに〇

職員数(令和4年9月30日時点の人数で、基本情報、シフト表に記載の職員数と同じ人数になること)
 ※介護保険施設:常勤換算で記載/訪問系サービス事業所:職務の性質上、ICT機器を使用する職員数を実人数で記載
 管理者、サービス提供責任者以外は、雇用契約を結んだ者・直接サービスを提供する者のみ記載。

	管理者	介護支援 専門員	生活相談 員支援相 談員	介護職員	看護職員	理学療法 士	作業療法 士	言語聴覚 士	機能訓練 指導員	その他	計
7 常勤	1	1	1	25	10	1	1	1	1	2	44
非常勤				2.5	2.5					1	6
計	1	1	1	27.5	12.5	1	1	1	1	3	50
その他職員内訳 (事務員3名)											

実際にICT機器を使用する職員数

その他の内訳を下の枠に記載

8 事業計画

事業計画の作成にあたっては、「介護サービス事業所におけるICT機器・ソフトウェア導入に関する手引きVer.2」を参考に、ICTを活用した事業所内の業務改善に取り組み、作成を行うこと。

① ICT導入の意義・目的

200文字以上で記載。枠の右側に文字数が出ます。
 現在の作業の状況(例:介護記録等手書きしているなど)・問題点を記載の上、導入を検討した経緯や目的などを記載。

79
 ※左欄文字数が
 入ります。

② 導入予定の介護ソフト・ICT機器の選定方法・決定理由

200文字以上で記載。枠の右側に文字数が出ます。
 申請されたソフトや機器がどのように選定されたのか記載。
 例:導入に係る費用、ランニングコストを比較した上でLIFE対応・ケアプラン標準仕様のソフトを選定
 実際に使用する職員から意見を聞き取りの上、入力方法がシンプルでわかりやすい〇〇ソフトを採用
 〇〇ソフトの全機能に対応しており、多くの職員が操作に慣れている△△タブレットを導入することにした。など

203

比較検討した製品

検討を行ったソフト名・機器名を記載、対象外となった理由などを記載

③ 導入スケジュール

期間(見込み)			作業内容等
9月	～	10月	例:導入にあたり職員への聞き取り、10月申請書類提出 など
11月	～	1月	例:11月介護ソフト納品、12月タブレット納品予定、1月wi-fi環境整備、インカム導入 等
1月	～	2月	例:導入に係る研修の実施。1月〇日、2月〇日、〇日に実施。2月より実務で使用する見込み 等
2月	～	3月	例:実務での作業状況を聞き取りの上、実績報告書を提出 等

④ ICT機器を導入後の使用計画と、見込まれる効果について

200文字以上で記載。枠の右側に文字数が出ます。
 導入スケジュールを基に、今後の使用計画と、ICT導入後に見込まれる効果について内容を記載。

70

⑥ ICT機器導入後業務フローの見直し、職員への周知・習熟、研修等の予定について(実施回数や内容について記載)

200文字以上で記載。枠の右側に文字数が出ます。
 上記導入スケジュールを含めた職員への周知・研修等の予定について、内容を記載してください。

69

在宅介護事業所・介護保険施設における業務効率化支援事業 所要額調書

事業所・施設名: 特別養護老人ホームひょうご〇〇
 種別: 特別養護老人ホーム
 事業所番号: 28*****

単位:円

区分	ICT機器等名称 A	総事業費(税抜金額) B			寄付金 その他の収入額 C	対象経費の 支出予定額 D (B-C)=D	補助率 E 1/2又は3/4 (プルダウン選択)	補助基本額 F Dの支出予定額に Eの補助率を 乗じた金額 (千円未満切り捨て)	補助上限額 G 職員数で設定 1~10名 1,000,000 11~20名 1,600,000 21~30名 2,000,000 31名~ 2,600,000	補助所要額 H FとGの金額を比較し 少ない方の額	備考
		購入予定単価 (税抜価格)①	購入予定数量 ②	事業費③ ①×②							
ソフトウェア導入 及び 初期設定等経費	〇〇ソフト一式	2,500,000	1	2,500,000	10,000	2,490,000					
				0		0					
				0		0					
				0		0					
				0		0					
情報端末・ その他機器等 導入経費	△△タブレット	55,555	20	1,111,100		1,111,100					
	wifi環境整備	250,000	1	250,000		250,000					
	インカム一式	1,500,000	1	1,500,000		1,500,000					
				0		0					
				0		0					
合計			5,361,100	10,000	5,351,100	3/4	4,013,000	2,600,000	2,600,000		

名称、税抜金額を記載
 内訳が分かりにくい物は一式として記載して
 構わないが、見積書等の添付書類で必ず金額の
 内訳が分かるようにすること。

青のセルに必要な事項を入力、または該当の内容を
 プルダウン入力してください。
 事業費③、対象経費の支出予定額D、補助基本額
 F、補助所要額H欄には計算式が入っており、入力
 の内容によって自動入力されます。数字が入ら
 ない場合は更新または上書き保存をしてください。

導入計画書1.補助要件①~⑤の要
 件を満たし、計画書補助区分でア
 ~ウに該当する場合は3/4、該当し
 ない場合は1/2を選択。

導入計画書7.職員数に
 該当する補助上限額を選択。
 1~10名 1,000,000
 11~20名 1,600,000
 21~30名 2,000,000
 31名~ 2,600,000

(注) 1 区分のA欄及びB欄は、添付の見積書等の記載内容と一致させること。寄付金その他の収入額C欄には、寄付金などの収入の金額を入力。
 2 区分の補助率E欄は【導入計画書】補助区分の確認において、要件ア~ウいずれかの要件に該当する場合3/4、該当無しの場合は1/2を選択
 3 区分の補助上限額G欄は【事業計画書】職員数において、令和4年7月1日現在の職員数に該当する補助上限額を選択すること。
 4 区分補助基本額F欄には、対象経費の支出予定額Dに補助率E欄で選択した補助率(1/2、3/4)を乗じた額(千円未満切り捨て)が入力され、補助上限額G欄と比較し少ない方の金額が補助所要額H欄に入力されます。

3.所要額調書の金額が自動入力されます。数字が入力されていない場合は更新(保存)ボタンを押してください。

別記

記載例

収支予算書

1 収入の部

(単位:円)

科目	予算額	摘要
補助金収入	2,600,000円	在宅介護事業所・介護保険施設における業務効率化支援事業
自己負担	2,761,100円	
計	5,361,100円	

(様式1補助所要額H)

(様式1対象経費の支出予定額Dから、補助所要額Hを引いた金額)

2 支出の部

(単位:円)

科目	予算額	摘要
ソフトウェア導入及び初期設定経費	2,490,000円	
情報端末・その他機器等導入経費	2,861,100円	
計	5,351,100円	

様式1ソフトウェア導入及び初期設定経費合計

様式1情報端末・その他機器等導入経費合計

様式1対象経費の支出予定額Dと合致

(注)収支の計は、それぞれ一致する。

基本情報から転記します。日付け、補助金申請額は空欄でご提出下さい。

記載例

様式第1号（第3条関係）

補助金交付申請書

令和 4 年 月 日

日付けは空欄でご提出ください

兵庫県知事 様

住 所 兵庫県神戸市中央区下山手通5-10-1
団 体 名 社会福祉法人兵庫会
(特別養護老人ホームひょうご〇〇)
代表者名 理事長 兵庫 太郎
電話番号 078-123-****
電子メール 〇〇@〇〇.jp

基本情報の法人情報が転記されます。
住所・団体名・代表者の職名・氏名に誤りがないか確認願います。
転記されていない場合は保存ボタンを押してください。

令和4年度において、在宅介護事業所・介護保険施設における業務効率化支援事業を下記のとおり実施したいので、補助金 円を交付願いたく、補助金交付要綱第3条の規定により、関係書類を添えて申請します。

補助金申請額は、空欄のまま提出してください。
提出書類審査後、確定した金額を当方にて入力いたします。

1. 事業の内容及び経費区分（別記）

2. 事業の着手予定年月日 令和 4 年 11 月 1 日
事業の完了予定年月日 令和 5 年 2 月 28 日

着手予定年月日は令和4年11月1日、完了予定年月日は令和5年2月28日に便宜上統一させていただきます。

3. 添付書類

すでに債権者登録書を別の事業で提出している場合でも、口座情報の確認のため提出してください

記載例

この登録書は、兵庫県の機関の1箇所提出してください。

債権者登録書

改正日：令和3年1月1日

<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 新規	※1 変更の場合は該当箇所にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 住所の変更 <input type="checkbox"/> 氏名・法人名の変更 <input type="checkbox"/> 電話番号（代表）の変更 <input type="checkbox"/> 振込先の変更 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※2 変更の場合でも、変更しない項目を含めて以降の欄は全て記載してください。		
(フリガナ) 住所（所在地）	ヒョウゴケンコウベシチュウオウクシモヤマテドリ 兵庫県神戸市中央区下山手通5-10-1		
(フリガナ) 屋号・氏名又は法人名	シャカイフクシホウジンヒョウゴカイ 社会福祉法人兵庫会		
郵便番号	650-0000	電話番号（代表）	078-123-****
経理担当者氏名	兵庫次郎	(連絡先電話番号：)	078-000-0000
記入者氏名	兵庫次郎	(連絡先電話番号：)	078-000-0000
		(電子メール：)	〇〇@〇〇.jp
支払方法 [該当を○で囲む]	<input checked="" type="radio"/> 口座振替払(口座振込) 3 隔地払(送金通知書) 4 隔地払(振替払出証書)		
(フリガナ) 金融機関名(払渡店)	マルマル 〇〇	銀行 (金庫)	マルマル 〇〇 支店
預金種別 [該当を○で囲む]	<input checked="" type="radio"/> 1 普通・総合 2 当座 4 貯蓄 9 その他		
金融機関・支店番号	777	口座番号	1234****
(フリガナ) 口座名義人	シャカイフクシホウジンヒョウゴカイ 社会福祉法人兵庫会		
公共工事等の前金払を受ける場合は下記に専用口座を記入			
(フリガナ) 別口座普通預金口座	銀行 (金庫)		支店
金融機関・支店番号		口座番号	(普通)
(フリガナ) 口座名義人			
上記のとおり兵庫県財務会計システムに登録してください。			
令和 年 月 日			
兵庫県あて			
住所（所在地）	兵庫県神戸市中央区下山手通5-10-1		
氏名又は法人名等	社会福祉法人兵庫会		
代表者の職氏名	理事長	兵庫	太郎
※1 登録する債権者の本人確認書類の写しを添付してください。詳細は下記注意事項6を参照。 ※2 本人確認書類の写しとは、概ね以下のとおりです（いずれか一つ）。 【登録者が法人等の場合】・登記事項証明書 ・印鑑登録証明書 等			

「基本情報」シートより一部データが転記されます。青のセルに必要事項を入力してください。

入力不要です。

「住所(所在地)」「屋号・氏名又は法人名」欄は、法人本部の情報が別シートから転記されます。フリガナのみ入力してください。

「経理担当者氏名」、「記入者氏名」の欄を入力してください。

金融機関名・支店名とフリガナを入力。該当の項目に○を移動させて囲んでください。

口座名義に法人名、代表者名以外の名称(施設名や施設長名)などが入っている場合は、実績報告に委任状の

入力不要です。

日付は空欄にしてください。

基本情報から転記します。

口座情報確認のため、通帳の写し

基本情報の内容が入力されます。

様式第1号の2（第3条関係）

記載例

誓約書

暴力団排除条例（平成22年兵庫県条例第35号。以下「条例」という。）を遵守し、暴力団排除に協力するため、下記のとおり誓約します。

なお、誓約事項に関し、県が行う一切の措置に異議なく同意します。

記

- 1 条例第2条第1号に規定する暴力団又は同条第3号に規定する暴力団員に該当しないこと。
- 2 暴力団排除条例施行規則（平成23年兵庫県公安委員会規則第2号）第2条各号に掲げる者に該当しないこと。
- 3 間接補助事業を行う場合にあつては、上記1又は2に該当する者に対して間接補助金を交付しないこと。また、業務の一部を第三者に行わせようとする場合にあつては、上記1又は2に該当する者をその受託者とししないこと。
- 4 知事が、上記1及び2を確認するため、必要な事項を兵庫県警察本部長に照会すること、及び当該照会に係る回答の内容を他の補助事業における暴力団等を排除するための措置を講ずるために利用し、又は兵庫県公営企業管理者及び兵庫県病院事業管理者に提供することについて、異議を述べないこと。

令和4年 ○月 ○日

基本情報の申請日が転記します

兵庫県知事 齋藤元彦様

住 所 兵庫県神戸市中央区下山手通5-10-1
団 体 名 社会福祉法人兵庫会
代表者名 理事長 兵庫 太郎
電 話 078-123-****
電子メール ○○@○○.j p

基本情報に入力されている情報が自動入力されます。

このシートには何も記入しないでください。
(印刷後、押印が必要です。) 枠外の説明を参照。

記載例

委任状

令和4年度在宅介護事業所・介護保険施設における業務効率化支援事業補助金の受領に関する一切の権限を下記の者に委任したことを届け出ます。

記

受任者

令和 年 月 日

兵庫県知事 齋藤 元彦 様

住 所 〇

団 体 名 〇

代表者氏名 〇

〇

印

委任状の提出について

下記を確認の上、法人印を押印した原本を郵送で提出してください。
どちらか迷った場合は提出してください。

委任状が必要 ※送金先口座が下記の場合

- ・法人名+施設名
(法人名+施設名+法人代表者の場合も委任状が必要)
- ・役職が法人代表者以外(法人理事、施設長、会長 …など)
- ・施設名のみ
- ・下記の委任状が不要な場合以外

委任状が不要

- ・口座名が法人名のみ
- ・法人名+法人代表者(理事長など)

← 振込口座の名義人を確認した上で、
当方で記入しますので空欄で提出ください。

← 日付は空欄で提出ください。

← 法人印を押印してください。

基本情報の法人情報が転記され
ます。
住所・団体名・代表者の職名・氏名
に誤りがないか確認願います。
転記されていない場合は保存ボタン