

第 1 号様式（第 9 条関係）

		号
		日
年	月	
熊本県知事	様	
法人住所		
法 人 名		
事業所名		
法人代表者職・氏名		
令和 4 年度（2 0 2 2 年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費		
（I C T 導入）補助金交付申請書		
このことについて、熊本県介護職員勤務環境改善支援事業（I C T 導入）を実施した		
いので、金 円を交付されるよう熊本県補助金等交付規則第 3 条及び熊本県健		
康福祉補助金等交付要項第 3 条の規定により関係書類を添えて申請します。		
添付書類		
1 I C T 導入計画書（第 2 号様式）		
2 収支予算書（第 3 号様式）		
3 経費所要額調書（第 4 号様式）		
4 納税証明書（熊本県が発行する納税証明書）		

※ 申請者の押印を省略する場合

書類発行責任者氏名：	電話番号
担当者氏名：	電話番号

ICT導入計画(効果報告)書

(1)ー1 事業所概要

①事業所名	
②事業所住所	
③事業者(法人)名	
④事業者(法人)住所	
⑤サービス種別	
⑥介護保険事業所番号	
⑦(利用)定員	
⑧職員数(常勤換算後)	
⑨介護職員処遇改善加算の算定状況	
⑩介護職員特定処遇改善加算の算定状況	

※ 介護保険事業所番号を入力してください(番号がない事業所は申請できません。)

(1)ー2 対象事業所確認

▼選択してください。

①記録から請求までの一気通貫の有無(予定含む。)		
②一気通貫を実現する(している)介護ソフトの名称及びメーカー		
③独立行政法人情報処理推進機構(IPA)が実施する「SECURITY ACTION」の「★一つ星」又は「★★二つ星」のいずれかを宣言しているか。		

(1)ー3 補助率計算に係る情報

▼選択してください。

LIFEにデータを提供している又は提供を予定している。		
CSV連携の標準仕様を実装した介護ソフトを導入している又は今回導入する。		
該当介護ソフト名称		

▼選択してください。

事業所内・事業所間で居宅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。		
連携データの内容		
データ連携の方法		
データ連携先		

<文書量削減>

▼選択してください。

文書量半減を実現させる導入計画となっている。	
------------------------	--

①見込まれる削減割合 (1事業所あたり1ヵ月平均で削減できるおよその紙の枚数で算定)		割
---	--	---

②対象となる文書

▼選択してください。

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)	
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)	
実施記録(例:送迎の記録、入浴の記録)	
加算に係るチェックシート、スクリーニング様式等(例:各種スクリーニング様式等)	
その他(該当する場合は以下の欄に主な文書の名称を記載してください。	

第2号様式の2

(2)事業について

①事業名(購入機器等の名称等) 購入総額【(税抜) 円】

--

②事業内容

--

③導入スケジュール(令和○年度(○○○○年度)末までの期間とする。)

--

④達成すべき目標

--

⑤期待される効果

--

⑥ICT導入以外で実施している、職員の勤務環境の改善のための取組み(取組みがある場合は記入)

--

※以下は、実績報告時に記入すること

(3)導入効果について

--

補助率4分の3を適用する事業所については、以下の表も記入すること。

ICT導入後の文書削減量 (1事業所あたりの1ヵ月平均で削減できたおおよその紙の枚数)	見込んでいた文書削減量と異なる場合は、その理由
割	

第3号様式

令和4年度（2022年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費
（ICT導入）補助金収支予算（精算）書

収入予算（決算）額	円
支出予算（決算）額	円
差引額	円

収入の部

科 目	予算(決算)額	摘 要
1. 熊本県補助金		
2. 自己負担額		
3. その他		
計		

支出の部

科 目	予算(決算)額	摘 要
1. 事業費		
2. その他		
計		

この予算（精算）書の抄本は原本と相違ないことを証明する。

年 月 日

法 人 名
事 業 所 名
法人代表者職・氏名

※ 申請者の押印を省略する場合

書類発行責任者氏名：	電話番号
担当者氏名：	電話番号

経費所要額調書

				内示額	補助率
事業所名【					
対象機器名称・型番	販売業者	機器購入単価（税抜）	数量等	購入価格	補助金申請額計算 (E) × 1 / 2 又は 3 / 4
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
合計					

補助金額	
------	--

令和4年度（2022年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費（ICT導入）補助金交付請求書															
令和 年（ 年） 月 日付け高齢第 号で確定の通知があった令和4年度（2022年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費（ICT導入）補助金として、下記の金額を交付されるよう熊本県補助金等交付規則第16条の規定により請求します。															
記															
請求額 金 円															
<table><tr><td colspan="2">1 口 座 振 替 払</td></tr><tr><td>金融機関名</td><td>〇〇銀行〇〇支店</td></tr><tr><td>預金種目</td><td>1 普通 2 当座</td></tr><tr><td>口座番号</td><td></td></tr><tr><td>口座名義</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">2 直 接 払</td></tr><tr><td colspan="2">3 送 金 払</td></tr></table>		1 口 座 振 替 払		金融機関名	〇〇銀行〇〇支店	預金種目	1 普通 2 当座	口座番号		口座名義		2 直 接 払		3 送 金 払	
1 口 座 振 替 払															
金融機関名	〇〇銀行〇〇支店														
預金種目	1 普通 2 当座														
口座番号															
口座名義															
2 直 接 払															
3 送 金 払															
年 月 日															
法人住所 法人名 事業所住所 事業所名 法人代表者職・氏名															
熊本県知事	様														

書類発行責任者氏名：	電話番号
担当者氏名：	電話番号

第 6 号様式（第 1 0 条関係）

令和 年（ 高齡第 号
年） 月 日

法人住所

法 人 名

事業所住所

事業所名

法人代表者名

様

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

令和 4 年度（ 2 0 2 2 年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費（ I C T 導
入）補助金交付決定通知書

令和 年（ 年） 月 日付けで申請のありました令和 4 年度（ 2 0 2 2 年度）
熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費（ I C T 導入）補助金については、熊本県補助金等交
付規則第 4 条の規定により、下記の条件を付けて金 円を交付することに決
定しましたので、同規則第 6 条の規定により通知します。

記

補助の条件

- 1 熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費（ I C T 導入）補助金交付要領第 8 条の交付条件
に掲げる事項
- 2 熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費（ I C T 導入）補助金交付要領第 1 4 条の使用状
況報告に掲げる事項

		号
		年 月 日
熊本県知事	様	
法人住所		
法人名		
事業所住所		
事業所名		
法人代表者職・氏名		
令和4年度（2022年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費 （ICT導入）補助金変更申請書		
令和 年（ 年） 月 日	付け高齢第 号	で補助金交付決定通知の あった令和4年度（2022年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費（ICT導入）補助金を下記のとおり変更したいので、熊本県補助金等交付規則第7条及び熊本県健康福祉補助金等交付要項第5条の規定により関係書類を添えて申請します。
記		
1 補助金等交付申請額	金	円（うち前回までの申請額 金 円）
2 変更計画の理由		
添付書類（変更計画の内容に応じて必要な書類を添付すること。）		
1 ICT導入計画書（第2号様式）	必須	
2 収支予算書（第3号様式）	必須	
3		
4		

書類発行責任者氏名：	電話番号
担当者氏名：	電話番号

第 8 号様式（第 1 3 条関係）

		号
		日
年	月	
熊本県知事	様	
法人住所		
法 人 名		
事業所住所		
事 業 所 名		
法人代表者職・氏名		
令和 4 年度（2 0 2 2 年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費		
（ I C T 導入）補助金中止（廃止）承認申請書		
令和 年（ 年） 月 日付け高齢第 号で補助金交付決定通知のあ		
った令和 4 年度（2 0 2 2 年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費（ I C T 導入		
）補助金を下記のとおり変更したいので、熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費（ I		
C T 導入）補助金交付要領第 1 3 条の規定に基づき下記のとおり申請します。		
記		
1 中止（廃止）の理由		
2 中止（廃止）の時期		
※ 添付書類（計画の中止（廃止）の内容に応じて必要な書類を添付すること。）		
1		
2		

※ 申請者の押印を省略する場合

書類発行責任者氏名：	電話番号
担当者氏名：	電話番号

第9号様式（第14条関係）

		番 年	月	号 日
熊本県知事	様			
		法人住所 法人名 事業所住所 事業所名 法人代表者職・氏名		
令和4年度（2022年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費 （ICT導入）補助金実績報告書				
令和 年（ 年） 月 日付け高齢第 号の交付決定通知に基づき、 令和4年度（2022年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費（ICT導入）を 実施したので、熊本県補助金等交付規則第13条及び熊本県健康福祉補助金等交付要項 第9条の規定により、関係書類を添えてその実績を報告します。				
添付書類				
1 事業効果報告書（第2号様式）				
2 経費所要額精算書（第10号様式）				
3 収支精算書（第3号様式を準用）				
4 補助対象事業に係る領収書の写し				

※ 申請者の押印を省略する場合

書類発行責任者氏名：	電話番号
担当者氏名：	電話番号

交付決定額	補助率

事業所名【 】

対象機器名称・型番	販売業者	機器購入単価（税抜）	数量等	購入価格	交付確定額 (E) × 1/2 又は 3/4
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
合計					

□

第 1 1 号様式（第 1 5 条関係）

令和 年（ 高齡第 号
年） 月 日

法人住所
法 人 名
事業所住所
事業所名
法人代表者職・氏名

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

令和 4 年度（2 0 2 2 年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費（I C T
導入）補助金交付確定通知書

令和 年（ 年） 月 日付け高齡第 号で交付決定しました令和 4 年度（2
0 2 2 年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費（I C T 導入）補助金については、熊本
県補助金等交付規則第 1 4 条の規定により、下記のとおりその額を確定しましたので通知しま
す。

記

- 1 交付確定額 金 円
- 2 交付決定額 金 円

第 1 2 号様式（第 1 7 条関係）

		号
		日
年	月	
熊本県知事	様	
法人住所		
法人名		
事業所住所		
事業所名		
法人代表者職・氏名		
令和 4 年度（2 0 2 2 年度）消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額		
報告書		
令和 年（ 年） 月 日付け高齢第 号により交付決定があった令和 4		
年度（2 0 2 2 年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費（I C T 導入）補助金に		
ついて、熊本県健康福祉補助金等交付要項第 1 2 条第 1 項の規定に基づき、下記のとおり		
報告します。		
記		
1 補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律第 1 5 条に基づく額の確定額又は		
事業実績報告額		
金 円		
2 消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税に係る仕入控		
除税額		
金 円		
(注) 別添参考となる書類（2 の金額の積算の内訳等）		

※ 申請者の押印を省略する場合

書類発行者氏名：	電話番号
担当者氏名：	電話番号

第 1 3 号様式（第 1 8 条関係）

令和 4 年度（ 2 0 2 2 年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費
（ I C T 導入）補助金概算払請求書

令和 年（ 年） 月 日付け高齢第 号で交付決定の通知があつた令和 4 年度（ 2 0 2 2 年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費（ I C T 導入）補助金のうち、下記の金額を交付されるよう熊本県補助金等交付規則第 1 6 条及び熊本県健康福祉補助金等交付要項第 1 1 条の規定により請求します。

記

請求額 金 円

1 口座振替払	
金融機関名	〇〇銀行〇〇支店
預金種目	1 普通 2 当座
口座番号	
口座名義	
2 直接払	
3 送金払	

年 月 日

法人住所
法人名
事業所住所
事業所名
法人代表者職・氏名

熊本県知事 様

※概算払（前金払）を必要とする理由

※ 申請者の押印を省略する場合

書類発行責任者氏名：	電話番号
担当者氏名：	電話番号