

第1号様式（第8条関係）

年 月 日

熊本県知事 様

法人住所
法人名
事業所名
事業所住所
法人代表者職・氏名

令和〇〇年度（〇〇〇〇年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費（
介護ロボット）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（介護ロボット）を実施した
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 介護ロボット導入等計画書（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号の1様式、第4号の2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

第2号様式

介護ロボット導入等（計画・効果報告）書

法人住所 _____ : _____
法人名 _____ : _____
事業所住所 _____ : _____
事業所名 _____ : _____
サービス種別 _____ : _____
事業所番号 _____ : _____
(利用) 定員 _____ : _____
ロボット限度台数 _____ : _____

1 事業名（対象機器名）

--

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 導入後3年間の計画

達成すべき目標	目標達成のために導入する機器等	導入により期待される効果

補助率4分の3を適用する事業所については、以下の表にも記入すること。

導入前の介護職員等の人員体制	導入後に見込まれる介護職員等の人員体制	利用者のケアの質や休憩時間の確保等の職員の負担軽減に資する具体的な取組
※ 勤務時間数や勤務人数等の客観的・具体的な指標を用いて記入すること。		※ 具体的な取組について記入

5 補助率の確認のための情報（補助率4分の3の要件を満たす場合のみ記入）

- ① 使用している（使用を予定している）見守りセンサーの名称及びメーカー名
- ② 使用している（使用を予定している）ICT機器等の名称
- ③ 使用している（使用を予定している）記録を行うことができる介護ソフトの名称

※ 「使用を予定している」とは、当該年度内に使用を開始することが決定しているものをいう。

※ 使用する機器が決定していない場合は、機器等の種別のみ記入すること。

6 介護ロボット等の導入以外で実施している、介護職員等の勤務環境を改善するための取組み（取組がある場合は記入）

7 申請事業所における介護ロボット導入実績（いずれかに○）

導入済 ・ 未導入

8 補助金受給実績（いずれかに○）（7で「導入済」に○をつけた場合のみ記入）

あり ・ なし（自費購入）

9 補助金の詳細（8で「あり」に○をつけた場合のみ記入）

- ① 補助金受給回数
- ② 補助金名称（複数回受給実績がある場合は、全て記入）
- ③ 補助金受給総額

10 熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費（ICT導入）補助金の受給実績

(いずれかに○)

あり ・ なし

11 熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費（ICT導入）補助金の詳細

(10で「あり」に○をつけた場合のみ記入)

① 補助金受給回数

② 補助金受給総額

12 申請事業所における介護職員処遇改善加算の算定状況

① 介護職員処遇改善加算（あてはまるものに○）

加算Ⅰ 加算Ⅱ 加算Ⅲ 算定なし

② 介護職員特定処遇改善加算（あてはまるものに○）

加算Ⅰ 加算Ⅱ 加算なし

③ 介護職員等ベースアップ等支援加算（あてはまるものに○）

算定している 算定していない

以下は、実績報告時に記入すること。

13 実際の導入効果（実績報告時に記入）

介護ロボットを導入した事業所のみ回答

① 介護ロボットの導入・活用により、業務の改善・効率化等が進められ、職員の業務負担軽減やサービスの質の向上など生産性向上が図られるとともに、収支の改善が図られた。（いずれかに○）

はい いいえ

② 職員の賃金へも適切に還元した。（①で「はい」に○をつけた場合のみ記入）

はい いいえ

③ その旨を職員等に周知した。（②で「はい」に○をつけた事業者のみ記入）

はい いいえ

※ 介護時間の短縮、直接・間接負担の軽減効果、介護従事者の満足度、日々の活用状況等、客観的・具体的な評価指標に基づいて記入すること。

補助率4分の3を適用する事業所については、以下の表にも記入すること。

介護ロボット等導入後の介護職員等の人員体制	「4 導入後3年の計画」で見込んでいた、導入後の介護職員等の人員体制と異なる場合は、その理由

第3号様式

令和〇〇年度（〇〇〇〇年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費
（介護ロボット）補助金収支予算（精算）書

収入予算（精算）額 円
支出予算（精算）額 円
差引額 円

収入の部

科 目	予算額(円)	精算額(円)	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	予算額(円)	精算額(円)	摘 要
1 事業費			
2 その他			
計			

※ 消費税はその他に計上してください。また、収入・支出は原則同額になります。

※ 予算額と精算額が異なる場合は、その理由を摘要欄に記載してください。

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(介護ロボット)

施設名

利用定員 名

補助率 介護ロボットの補助上限台数 台

【令和〇〇年度(〇〇〇〇年度)熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費(介護ロボット)補助金】

介護ロボット等種別	機器名 (メーカー名)	1台あたりの導入経費(税抜) (補助対象経費に限る。)		移乗又は入浴支援 ロボット基礎額 (A) × 1/2 (又は3/4) ※上限100万円		移乗又は入浴支援 以外ロボット基礎額 (A) × 1/2 (又は3/4) ※上限30万円		補助申請 台数	補助金申請額 (B)又は(C) × (D)		内示額
		(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)				
合計								0 台		0 円	0 円

- 注 1 「補助率」及び「内示額」は内示通知に記載されているものを入力してください。
- 注 2 上記金額は、税抜
- 注 3 (B)欄は、上限100万円(千円未満切捨て)
- 注 4 (C)欄は、上限30万円(千円未満切捨て)

経費所要額調書(見守り機器の導入に伴う通信環境整備)

施設名

利用定員 名

補助率

【令和〇〇年度(〇〇〇〇年度)熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費(介護ロボット)補助金】

機器工事等名称	費用(税抜) (補助対象経費に限る。)	基礎額 (A) × 1/2 (又は3/4) ※上限150万円	補助金申請額	内示額
	(A)	(B)	(C)	(D)
<input style="background-color: yellow;" type="text"/>	円	0 円	0 円	円
<input style="background-color: yellow;" type="text"/>	円	0 円	0 円	円
<input style="background-color: yellow;" type="text"/>	円	0 円	0 円	円
		0 円	0 円	0 円

注 1 「補助率」及び「内示額」は内示通知に記載されているものを入力してください。

注 2 上記金額は、税抜

注 3 (B)欄の合計額は、上限150万円(千円未満切捨て)

第5号様式（第15条関係）

令和〇〇年度（〇〇〇〇年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費
（介護ロボット）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
〇〇年度（〇〇〇〇年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費（介護ロボット）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

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	
(フリガナ)	
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

※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6号様式（第9条関係）

高齢第 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・氏名

様

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

令和〇〇年度（〇〇〇〇年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費（介護ロボット）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〇〇年度（〇〇〇〇年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費（介護ロボット）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（介護ロボット）補助金交付要領第7条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（介護ロボット）補助金交付要領第12条事業の中止又は廃止に掲げる事項
- 3 熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費（介護ロボット）補助金交付要領第18条使用状況報告に掲げる事項

第7号様式（第11条関係）

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

令和〇〇年度（〇〇〇〇年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費
（介護ロボット）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
った令和〇〇年度（〇〇〇〇年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費（介護ロボッ
ト）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 介護ロボット導入等計画書（第2号様式） | 必須 |
| 2 収支予算書（第3号様式） | 必須 |
| 3 経費所要額調書（第4号の1様式、第4号の2様式） | 必須 |

※ 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
--------	------

高齢第 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・氏名

様

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

令和〇〇年度（〇〇〇〇年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費（介護ロボット）補助金変更交付決定通知書

令和 年（ 年） 月 日付けで申請のありました令和〇〇年度（〇〇〇〇年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費（介護ロボット）補助金の計画変更については、熊本県補助金等交付規則第 7 条第 2 項の規定により承認し、下記の条件を付けて令和〇〇年度（〇〇〇〇年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費（介護ロボット）補助金 金 円（前回までの交付決定額金 円）に変更することに決定しましたので、同条第 3 項の規定により準用する同規則第 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（介護ロボット）補助金交付要領第 1 1 条第 5 項により準用する同要領第 7 条に掲げる事項

第9号様式（第12条関係）

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

令和〇〇年度（〇〇〇〇年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費
（介護ロボット）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
った令和〇〇年度（〇〇〇〇年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費（介護ロボッ
ト）補助金を下記のとおり中止（廃止）したいので、熊本県介護職員勤務環境改善支援事
業費（介護ロボット）補助金交付要領第12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。）

・

※ 申請者の押印を省略する理由

書類発行責任者氏名：

電話番号

担当者氏名

電話番号

第10号様式（第13条関係）

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

令和〇〇年度（〇〇〇〇年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費
（介護ロボット）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、令和〇年度（〇〇〇〇年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費（介護ロボット）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 介護ロボット導入等効果報告書（第2号様式）
- 2 経費所要額精算書（第11号の1様式、第11号の2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

経費所要額精算書(介護ロボット)

施設名

利用定員 名

補助率 介護ロボットの補助上限台数 台

【令和〇〇年度(〇〇〇〇年度)熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費(介護ロボット)補助金】

介護ロボット等種別	機器名 (メーカー名)	1台あたりの導入経費(税抜) (補助対象経費に限る。)	移乗又は入浴支援 ロボット基礎額 (A) × 1/2 (又は3/4) ※上限100万円	移乗又は入浴支援 以外ロボット基礎額 (A) × 1/2 (又は3/4) ※上限30万円	補助申請 台数	確定額 (B)又は(C) × (D) (交付決定額を上回る 場合は、交付決定額)	交付決定額	補助金受入済額 (概算払いを 受けている場合)	差引過不足額 (E) - (G)
		(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)
		円	0 円	0 円	台	0 円	円	円	0 円
		円	0 円	0 円	台	0 円	円	円	0 円
		円	0 円	0 円	台	0 円	円	円	0 円
		円	0 円	0 円	台	0 円	円	円	0 円
合計					0 台	0 円	0 円	0 円	0 円

- 注 1 「補助率」は内示通知に記載されているものを入力してください。
- 注 2 「交付決定額」は交付決定通知に記載されているものを入力してください。
- 注 3 上記金額は、税抜
- 注 4 (B)欄は、上限100万円(千円未満切捨て)
- 注 5 (C)欄は、上限30万円(千円未満切捨て)

経費所要額精算書(見守り機器の導入に伴う通信環境整備)

施設名

利用定員 名

補助率

【令和〇〇年度(〇〇〇〇年度)熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費(介護ロボット)補助金】

機器工事等名称	費用(税抜) (補助対象経費に限る。)	基礎額 (A) × 1/2(又は3/4) ※上限150万円	確定額	交付決定額	補助金受入済額 (概算払いを受けている場合)	差引過不足額 (C) - (E)
	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
	円	0 円	0 円	円	円	0 円
	円	0 円	0 円	円	円	0 円
	円	0 円	0 円	円	円	0 円
	円	0 円	0 円	0 円	0 円	0 円

注 1 「補助率」は内示通知に記載されているもの、「交付決定額」は交付決定通知に記載されているものを入力してくだ

注 2 上記金額は、税抜

注 3 (B)欄の合計額は、上限150万円(千円未満切捨て)

第12号様式（第14条関係）

高齢第 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

様

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

令和〇〇年度（〇〇〇〇年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業
費（介護ロボット）補助金交付確定通知書

令和 年（ 年） 月 日付け高齢第 号で交付決定しました令
和〇〇年度（〇〇〇〇年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費（介護ロボッ
ト）補助金については、熊本県補助金等交付規則第14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13号様式（第16条関係）

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 年度（ 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〇〇 年度（〇〇〇〇年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費（介護ロボット）補助金に ついて、熊本県健康福祉補助金等交付要項第12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15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

書類発行責任者氏名：	電話番号
担当者氏名：	電話番号

第14号様式（第17条関係）

令和〇〇年度（〇〇〇〇年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費
（介護ロボット）補助金概算払（前金払）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った
令和〇〇年度（〇〇〇〇年度）熊本県介護職員勤務環境改善支援事業費（介護ロボット）
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16条及び熊本県
健康福祉補助金等交付要項第11条の規定により請求します。

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 (フリガナ)	
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

第15号様式（第18条関係）

介護ロボット使用状況報告書（〇〇年度使用状況分）

年 月 日

法人名

事業所名

担当者職・氏名

担当者連絡先

法人名	介護サービス事業所名	介護サービスの種別
介護ロボットの種別	介護ロボットの製品名	
介護ロボット導入時期	導入台(セット)数	
年 月 日		
【介護ロボットの使用状況（使用する業務・使用頻度等）】 ※日々の利用状況等が確認できる日誌等を活用して、具体的に記載すること。		
【介護ロボットの導入効果（使用する業務・使用頻度等）】 ※介護時間の短縮、直接・間接負担の軽減効果、介護従事者（利用者）の満足度等、日々の利用状況が確認できる日誌等の活用や定点観測情報に基づいて具体的に記載すること。		
【介護ロボットの不都合な点の課題】 ※介護ロボットの機能に関すること、使い勝手に関することなど具体的に記載すること。		