

## 岐阜県介護事業所におけるICT導入事業費補助金交付要綱

### (総則)

第1条 県は、介護事業所における職員の負担軽減、業務の効率化及び介護サービスの質の向上を図るため、介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく指定又は許可を受けた県内に所在する介護事業所を運営する者（以下「補助事業者」という。）に、予算の範囲内で、岐阜県介護事業所におけるICT導入事業費補助金を交付するものとし、その交付に関しては、岐阜県補助金等交付規則（昭和57年岐阜県規則第8号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、この要綱の定めるところによる。

### (欠格事由)

第2条 前条の規定にかかわらず、次に掲げる者は、補助事業者となることができない。

- (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。次号において「暴対法」という。）第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）
- (2) 役員等（法人にあつては役員及び使用人（支配人、本店長、支店長その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、事業所の業務を統括する者（事業所の業務を統括する権限を代行し得る地位にある者を含む。）をいう。）をいう。以下同じ。）が暴力団員（暴対法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）であるなど、暴力団がその経営又は運営に実質的に関与している法人
- (3) 役員等が、暴力団員であることを知りながらこれを使用し、又は雇用している法人
- (4) 役員等が、その属する法人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加える目的をもって、暴力団又は暴力団員等（暴力団員又は暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者をいう。以下同じ。）を利用している法人
- (5) 役員等が、暴力団又は暴力団員等に対して資金等を提供し、又は便宜を供与するなど、直接的又は積極的に暴力団の維持運営に協力し、又は関与している法人
- (6) 役員等が、その理由を問わず、暴力団又は暴力団員等と社会的に非難されるべき関係を有している法人
- (7) 役員等が、暴力団又は暴力団員がその経営又は運営に実質的に関与している者であることを知りながら、下請契約、業務の再委託契約、資材等の購入契約等を締結し、これを利用している法人

### (補助対象事業)

第3条 補助金の交付の対象となる事業（以下「補助対象事業」という。）は、次に掲げる要件のいずれにも該当する介護ソフトの導入（既に介護ソフトによって一貫通貫となっている場合は、新たにタブレット端末等のみを導入するものを含む。）とする。

- (1) 記録業務、情報共有業務（事業所内外の情報連携に係るものを含む。以下同じ。）及び請求業務を一貫通貫で行うことが可能なもの（複数の介護ソフトを連携させる

こと、既に導入済みである介護ソフトに新たに業務機能を追加すること等により一気通貫で行うことが可能なもの及び次のいずれかに該当するものを含み、転記等の業務が発生しないものに限る。) であること。

イ) 「入退院時情報連携標準仕様」を実装したソフトウェア

ロ) 「訪問看護計画等標準仕様」を実装したソフトウェア

ハ) 厚生労働省が別途定める方式による財務諸表のデータ出力機能を有するソフトウェア

(2) 「居宅介護支援事業所と訪問介護などのサービス提供事業所間における情報連携の標準仕様」(以下「ケアプラン標準仕様」という。)の連携対象となる介護サービス事業所にあつては、最新版のケアプラン標準仕様に準拠し、次に掲げる CSV ファイルの出力・取込機能の全てを実装した介護ソフトであること。

イ) 利用者補足情報

ロ) 居宅サービス計画 1 表

ハ) 居宅サービス計画 2 表

ニ) 第 6 表(サービス利用票)、実績情報

ホ) 第 7 表(サービス利用票別表)

(3) 日中のサポート体制を常設していることが確認できる製品であること(有償又は無償を問わない。)

(4) 研究開発品ではなく、企業が保証する商用の製品であること。

(5) 国及び県から他の補助金の交付の対象となっていないこと。

(補助対象経費等)

第 4 条 補助金の交付の対象となる経費(以下「補助対象経費」という。)及び補助基準額、補助率並びに補助金の額は、別表のとおりとする。

2 補助金の交付は、原則として 1 事業所 1 回とする。ただし、補助額の合計が別表に掲げる補助基準額の範囲内であれば、複数回の補助も可能とする。

(補助金の交付申請)

第 5 条 補助金交付申請書の様式は、別記第 1 号様式のとおりとする。

2 補助金交付申請書には、別記第 1 号様式において定める書類を添付しなければならない。

3 補助金交付申請書の提出期限は、知事が別に定める。

(補助金の交付の条件)

第 6 条 この補助金の交付を決定する場合に付ける条件は、規則第 6 条第 2 号から第 4 号までに掲げる事項のほか、次に掲げる事項とする。

(1) タブレット端末等を導入する場合にあつては、必ず介護ソフトをインストールの上、業務にのみ使用すること。この場合において、補助目的外の使用(職員の出退勤を管理する既存のソフトウェア等をインストールし、記録業務、情報共有業

務及び請求業務に加えて補助的にバックオフィス業務で使用する事並びにテレビ会議システム等を用いて離れた場にいる利用者家族等が利用者と面会を行う際に使用すること等を除く。)の防止及び私物との区別のため、業務用であることを明確に判別するための表示(シールの貼付等)等を行うこと。

(2) 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」のいずれかを宣言すること。事業所単位で単一の法人番号を有していない場合には、事業所の代表者を「個人事業主」として申し込むこと。加えて、個人情報保護の観点から、十分なセキュリティ対策を講ずること。

(3) タブレット端末等にインストールする介護ソフトには、できる限り音声入力機能を備えること。

(4) 科学的介護情報システム(以下「LIFE」という。)による情報収集に協力すること。

(5) 厚生労働省が発行する「介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン」、「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」及び「介護ソフトを選定・導入する際のポイント集」を参考に、ICTを活用した事業所内の業務改善に取り組むこと。

(6) 導入の成果を県へ報告するとともに、補助対象事業に関し他の事業者からの照会等(事業所の職員又は利用者の個人情報等に係るものを除く。)に応ずること。

(7) 補助を受けた年度の内容を当該年度の翌年度に、県及び厚生労働省老健局高齢者支援課介護業務効率化・生産性向上推進室に業務改善効果等を報告するものとし、補助を受けた翌年度から3年の間、別記第1号様式における計画で定めた内容に対する効果を報告すること。

(8) ICT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場合には、職員の賃金へも適切に還元することとし、その旨を職員等に周知すること。なお、確認は前号の規定による報告により行うこととする。

(9) 「第三者による業務改善支援」又は「介護現場における生産性向上の取組に関する研修・相談等」による支援を受けるとともに、その内容を報告すること。

(10) 厚生労働省等が実施する効果検証事業等に可能な限り協力すること。

2 規則第6条第1号の知事の定める軽微な変更は、補助対象経費の20パーセント以内の配分変更とする。

3 規則第6条第2号の知事の定める軽微な変更は、補助対象経費の20パーセント以内の減額とする。

4 規則第6条第1号から第3号までの知事の承認を受けようとする場合の申請書の様式は、別記第2号様式のとおりとする。

(申請の取下げ)

第7条 規則第8条第1項の規定により申請の取下げをすることができるのは、補助

金の交付決定の日から30日以内とする。

(実績報告)

第8条 実績報告書の様式は、別記第3号様式のとおりとする。

- 2 実績報告書には、別記第3号様式において定める書類を添付しなければならない。
- 3 実績報告書の提出期限は、補助対象事業の完了の日(廃止の承認を受けた場合は、当該承認を受けた日。以下同じ。)から起算して30日を経過した日又は補助対象事業の完了の日の属する年度の翌年度の4月10日のいずれか早い日とする。

(補助金の交付の時期等)

第9条 この補助金は、規則第14条の規定による補助金の額の確定後において交付する。ただし、知事が補助金の交付目的を達成するため必要があると認めるときは、概算払により交付することができる。

- 2 補助事業者は、別に知事が指定するところにより、別記第4号様式による補助金交付請求書を提出しなければならない。

(暴力団の排除)

第10条 規則第4条の申請があった場合において、当該申請をした者が第2条の規定に該当するときは、知事は、その者に対して、補助金を交付しないものとする。

- 2 知事は、規則第5条の規定による交付決定をした後において、当該交付決定を受けた者が第2条の規定に該当することが明らかになったときは、規則第17条第1項の規定により補助金の交付決定を取り消すものとする。
- 3 前項の場合において、既に補助金が交付されているときは、知事は、規則第18条の規定により補助金の返還を命ずるものとする。

(書類、帳簿等の保存期間)

第11条 規則第22条に規定する書類、帳簿等の保存期間は、補助対象事業の完了の日の属する年度の翌年度以後5年間とする。

(その他)

第12条 この要綱に定めるもののほか、補助金の交付等に関し必要な事項は、知事が別に定める。

附 則

- 1 この要綱は、令和2年度分の予算に係る補助金から適用する。
- 2 令和2年度分の予算に係る補助金に係る別表、別記第1号様式及び別紙第3号様式の規定の適用については、これらの規定中「1/2」とあるのは、「3/4」とする。

附 則

この要綱は、令和 3 年度分の予算に係る補助金から適用する。

附 則

この要綱は、令和 4 年度分の予算に係る補助金から適用する。

附 則

この要綱は、令和 5 年度分の予算に係る補助金から適用する。

別表（第4条関係）

| 補助対象経費（注1）   | 補助基準額                                 |                 | 補助率                  |       | 補助金の額  |
|--|---------------------------------------|-----------------|----------------------|-------|--|
|  | 職員数（注5）                               | 基準額             | 区分                   | 補助率   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>ソフトウェアの導入に係る経費（第3条第1号（ケアプラン標準仕様の対象となる事業所にあつては、同条第1号及び第2号）に該当する介護ソフトへの改修経費及びLIFEに対応するための改修経費を含み、開発の際の開発基盤のみに係る経費を除く。）（注2）</li> <li>タブレット端末、スマートフォン等ハードウェアの購入費又はリース費用（注3）</li> <li>ネットワーク機器の購入費及び設置費（注4）</li> <li>クラウドサービスに係る利用料</li> <li>保守又はサポートに係る経費</li> <li>導入設定に係る経費</li> <li>導入にあつてのスキルアップ研修に係る経費</li> <li>セキュリティ対策に係る経費</li> <li>補助対象事業に関する他の事業者からの照会等に応ずるために要する経費</li> </ul> | 次の表の職員数の欄に掲げる事業所の職員数に応じ、同表の基準額の欄に定める額 |                 | 以下の要件のいずれかを満たす事業所の場合 | 3 / 4 | 総事業費から寄附金その他の収入を控除した額に補助率を乗じて得た額、補助対象経費の実支出額に補助率を乗じて得た額及び補助基準額を比較して最も少ない額（千円未満切捨て）以内の額（注8） |
|  | 職員数（注5）                               | 基準額             |                      |       |  |
|  | 1人以上10人以下                             | 1,000,000円      |                      |       |  |
|  | 11人以上20人以下                            | 1,600,000円      |                      |       |  |
|  | 21人以上30人以下                            | 2,000,000円      |                      |       |  |
| 31人以上  | 2,600,000円                            | 上記以外の事業所に補助する場合 | 1 / 2                |       |  |

（注1）補助対象経費については、申請を行った日の属する年度に係る経費（毎月支払いを行う介護ソフトの利用料又はリース費用（当該年度の3月末までに係るものに限る。）を含む。）のみを対象とする。また、2回目以降の交付の場合にあつては、本事業や他の補助金等により過年度に導入したハードウェアのリース費用、保守又はサポートに係る経費等恒常的な費用については、対象外とする。

（注2）バックオフィス業務（業務標準化に資する勤怠管理、シフト表作成、人事、給与、ホームページ作成等の業務をいう。）に関するソフトウェアの導入に係る費用は対象外とする。

（注3）介護に関する記録を現地で完結でき、その場で利用者の情報を確認できるタブレット端末、職員間の情報共有や職員の移動負担の軽減など効果的、効率的なコミュニケーションを図るためのインカム等、ICT技術を活用したもの等介護事業所における生産性の向上に効果のあるハードウェアを対象とし、介護事業所に置くパソコンやプリンターは対象外とする。

（注4）運用に必要なWi-Fiルーター等、Wi-Fi環境を整備するために必要な経費（通信費を除く。）を含む。

（注5）職員数には、訪問介護員等の直接処遇職員だけでなく、ICTの活用が見込まれる管理者、生活相談員等の職員も算入して差し支えない。なお、職員数は、

申請時点における常勤換算方法（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第2条第8号等に規定する方法をいう。）により算出された人数（その数に一人未満の端数があるときは、これを四捨五入した数）とするが、居宅を訪問してサービスを提供する職員（訪問介護員、居宅介護支援専門員等をいう。）及び管理者、生活相談員等の職員については、従事する職務の性質上、実人数（常勤かどうかを問わない。）としても差し支えない。

（注6）LIFEの利用申請を行っていることが分かる書類を提出すること。なお、LIFEへの登録については、データ入力に係る負担を軽減する観点から、LIFEのCSV取込機能を活用すること。

（注7）導入計画に具体的なデータ連携の内容、連携先、連携方法等を記載すること。なお、ここでいう「データ連携」は、公益社団法人国民健康保険中央会が運用する「ケアプランデータ連携システム」等のデータ連携サービスを利用して、異なる介護ソフトベンダーのユーザー間で居宅サービス計画書やサービス利用票のデータ連携を行う場合を想定しており、同一の介護ソフトベンダーが提供する介護ソフトユーザー間のみでデータ連携されるサービスは対象とならない。

（注8）2回目以降の交付の場合にあつては、「補助基準額」とあるのは、「補助基準額から既に交付された補助金の合計額を控除した額」とする。

別記

第1号様式（第5条関係）

第 号  
年 月 日

岐阜県知事 様

所在地  
補助事業者名  
代表者職氏名

年度岐阜県介護事業所におけるICT導入事業費補助金交付申請書

このことについて、下記により補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

記

- 1 申請額 金 円
- 2 所要額調書（別紙1）
- 3 ICT導入計画書（別紙2）
- 4 事業に係る歳入歳出予算（見込み）書の抄本（別紙3）
- 5 最新版のケアプラン標準仕様への対応状況確認書（別紙4）※該当する場合のみ
- 6 LIFEのCSV取込機能への対応状況確認書（別紙5）※該当する場合のみ
- 7 添付書類
  - (1) 導入するICT機器等のカタログなど事業内容が確認できる書類
  - (2) 導入するICT機器等の見積書の写し
  - (3) ICT導入状況調
  - (4) 職員数が分かる書類



(別紙1)

年度岐阜県介護事業所におけるICT導入事業費補助金所要額調書

事業所名：

(単位：円)

| 機器名等 | 総事業費<br>(税抜)<br>A | 寄附金<br>その他の収入額<br>B | 差引額<br>C (A-B)<br>補助率 ( / ) | 対象経費の支出<br>予定額 (税抜)<br>D<br>補助率 ( / ) | 県補助基準額<br>E | 県補助基本額<br>F | 県補助所要額<br>G |
|------|-------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
|      |                   |                     |                             |                                       |             |             |             |
|      |                   |                     |                             |                                       |             |             |             |
|      |                   |                     |                             |                                       |             |             |             |
|      |                   |                     |                             |                                       |             |             |             |
|      |                   |                     |                             |                                       |             |             |             |
| 合計   |                   |                     |                             |                                       |             |             |             |

|                                |          |
|--------------------------------|----------|
| ※2回目以降の補助を受けようとする場合のみ<br>既交付額→ | 担当者：     |
| 基準額 (E) - 既交付額 (E') →          | 電話：      |
|                                | メールアドレス： |

- 注 1 A欄には、当該事業を行うために要する総事業費を記入してください。  
2 B欄には、当該事業に係る収入額を記入してください。  
3 C欄には、A欄の合計からB欄を控除した額に補助率を乗じて得た額を記入してください。  
4 D欄には、A欄の事業費のうち、補助対象経費の支出予定額に補助率を乗じて得た額を記入してください。  
5 E欄には、別表に掲げる補助基準額を記入してください。  
6 F欄には、C欄、D欄及びE欄を比較して最も少ない額を記入してください。  
7 G欄には、F欄の額 (1,000円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てた額) を記入してください。

(別紙2)

## ICT導入計画書

|                         |   |               |                    |
|-------------------------|---|---------------|--------------------|
| 法人名                     |   | 事業所名          |                    |
| サービス種類                  |   |               |                    |
| 事業所番号                   |   |               |                    |
| 職員数                     | 人 (別表(注5)により算出した数)  |               |                    |
| 導入完了<br>予定時期            | 年 月 日   | リース契約<br>予定期間 | 年 月 日から<br>年 月 日まで |
| ① 導入する機器等の名称・台数         |   |               |                    |
| ② 導入スケジュール              |   |               |                    |
| ③ 導入する意義・目的             |   |               |                    |
| ④ 期待される効果               |   |               |                    |
|                         | <input type="checkbox"/> 文書量半減の見込みあり<br>(削減する主な文書の種類: )<br><input type="checkbox"/> 文書量半減の見込みなし   |               |                    |
| ⑤ ケアプランデータ連携システム利用申請の有無 | <input type="checkbox"/> 利用申請済み ※利用申請を行っていることが確認できる書類を添付すること<br><input type="checkbox"/> 利用申請予定 (予定時期: 年 月)<br><input type="checkbox"/> 利用申請 (予定) なし              |               |                    |
| ⑥ データ連携の有無 (注1)         | <input type="checkbox"/> ケアプランデータ連携システムを使用する (使用予定である)。→【共通】へ<br><input type="checkbox"/> 上記以外のシステムを使用する (使用予定である)。→【追加事項】へ                                       |               |                    |
|                         | 【追加事項 (ケアプランデータ連携システム以外のシステム使用時のみ記入)】<br><input type="checkbox"/> データ連携済み<br><input type="checkbox"/> データ連携予定 (予定時期: 年 月)<br>具体的な連携内容:<br>連携先:<br>連携方法:<br>→【共通】へ |               |                    |

|                       |  |
|-----------------------|--|
|                       | <p><b>【共通】</b><br/> (補助率3/4を適用する場合には、以下の2項目のいずれにもチェックが必要)<br/> <input type="checkbox"/>異なる介護ソフトベンダーのユーザー間でデータ連携を行っている(予定含む)。<br/> <input type="checkbox"/>ケアプラン標準仕様に準じて出力されたCSVファイルによりデータ連携を行っている(予定含む)。<br/> ※最新版のケアプラン標準仕様への対応状況確認書(別紙4)を添付すること</p>                  |
| ⑦LIFEの利用申請の有無、データ登録方法 | <input type="checkbox"/> 利用申請済み ※利用申請を行っていることが確認できる書類を添付すること<br><input type="checkbox"/> 利用申請予定(予定時期: 年 月)<br><input type="checkbox"/> 利用申請(予定)なし<br><input type="checkbox"/> CSV取込機能を活用し、データ提供している(予定含む)。<br>(最新提供/提供予定時期: 年 月)<br>※LIFEのCSV取込機能への対応状況確認書(別紙5)を添付すること |

- ※1 当該計画の作成に当たっては、厚生労働省が発行する「介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン」、「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」及び「介護ソフトを選定・導入する際のポイント集」を参考に、導入による業務フォローの見直し、導入を進めるための実施体制、職員への研修計画や技術的な支援体制の整備についても検討を行い、必要に応じて、計画に盛り込むこと。
- ※2 なお、活用定着が困難なICTを導入する事業者については、導入計画の作成や取組の実施にあたって、厚生労働省委託事業「介護ロボットの開発・実証・普及のプラットフォーム事業」の相談窓口や介護生産性向上総合相談センターに相談することを推奨する。
- (注1) 「データ連携」は、「ケアプランデータ連携システム」等のデータ連携サービスを利用して、異なる介護ソフトベンダーユーザー間で居宅サービス計画書等のデータ連携を行っている場合を想定している。

## ■補助区分

|     |  |
|-----|--|
| 補助率 |  |
|-----|--|

- ※ただし、補助率3/4を適用する場合には、上記計画書において、「⑥データ連携の有無」の【共通】(太枠部分)又は「⑦LIFEの利用申請の有無、データ登録方法」の「CSV取込機能を活用し、データ提供している(予定含む)。」(太枠部分)にチェックが必要。

(別紙3)

事業に係る歳入歳出予算（見込み）書の抄本

(単位：円)

|    | 項目   | 予算額 | 備考 |
|----|------|-----|----|
| 収入 | 県補助金 |     |    |
|    | 法人負担 |     |    |
|    | 合計   |     |    |

|    | 項目 | 予算額 | 備考 |
|----|----|-----|----|
| 支出 |    |     |    |
|    | 合計 |     |    |

この写しは、原本と相違ないことを証明します。

年 月 日

補助事業者名

代表者職氏名

(別紙4)

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 |  |

1 対象サービス（該当箇所に○）

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

2 出力・取込に対応しているインターフェースファイル（該当箇所に○）

|   |                        | 出力 | 取込 |
|---|------------------------|----|----|
| ① | 利用者補足情報                |    |    |
| ② | 居宅サービス計画1表             |    |    |
| ③ | 居宅サービス計画1表_削除 ※        |    |    |
| ④ | 居宅サービス計画2表             |    |    |
| ⑤ | 第6表（サービス利用表）、実績情報      |    |    |
| ⑥ | 第6表（サービス利用表）、実績情報_削除 ※ |    |    |

|   |                 |  |  |
|---|-----------------|--|--|
| ⑦ | 第7表 (サービス利用表別表) |  |  |
|---|-----------------|--|--|

※は任意。

(別紙5)

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ースファイル (該当箇所に○)

| 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                              |    |    |

第2号様式（第6条関係）

第 号  
年 月 日

岐阜県知事 様

所在地  
補助事業者名  
代表者職氏名

年度岐阜県介護事業所におけるICT導入事業費補助金事業  
変更  
中止 承認申請書  
廃止

年 月 日付け 第 号で交付決定を受けた 年度岐阜県介護事業  
所におけるICT導入事業費補助金に係る事業については、下記により、

内容を  
変更したいので  
中止したいので  
廃止したいので

承認されるよう申請します。

記

1 事業の経費の内容変更の詳細

2 変更（中止・廃止）の理由

- 注 1 別記第1号様式において定める書類を添付してください。  
2 事業の中止又は廃止に係る承認申請にあっては、「1 事業の経費の内容変更の詳細」の記入は、不要です。



第 号  
年 月 日

岐阜県知事 様

所在地  
補助事業者名  
代表者職氏名

年度岐阜県介護事業所におけるICT導入事業費補助金実績報告書

年 月 日付け 第 号で交付決定を受けた 年度岐阜県介護事業所におけるICT導入事業費補助金に係る事業について、関係書類を添えてその実績を報告します。

記

- 1 精算額 金 円
- 2 所要額精算書（別紙1）
- 3 ICT導入報告書（別紙2）
- 4 事業に係る歳入歳出予算（見込み）書の抄本（別紙3）
- 5 添付書類
  - （1）導入した機器の納品書、領収書の写し
  - （2）導入した写真

(別紙1)

年度岐阜県介護事業所におけるICT導入事業費補助金所要額精算書

事業所名：

(単位：円)

| 機器名等 | 事業費<br>(税抜)<br>A | 寄附金その<br>他の収入額<br>B | 差引額<br>C(A-B)<br>補助率( / ) | 対象経費の実支<br>出額(税抜)<br>D<br>補助率( / ) | 補助<br>基準額<br>E | 補助<br>基本額<br>F | 県補助<br>所要額<br>G | 交付決定<br>通知額<br>H | 交付<br>決定額<br>I | 受入済額<br>J | 差引過不<br>足額<br>I-J |
|------|------------------|---------------------|---------------------------|------------------------------------|----------------|----------------|-----------------|------------------|----------------|-----------|-------------------|
|      |                  |                     |                           |                                    |                |                |                 |                  |                |           |                   |
|      |                  |                     |                           |                                    |                |                |                 |                  |                |           |                   |
|      |                  |                     |                           |                                    |                |                |                 |                  |                |           |                   |
|      |                  |                     |                           |                                    |                |                |                 |                  |                |           |                   |
|      |                  |                     |                           |                                    |                |                |                 |                  |                |           |                   |
| 合計   |                  |                     |                           |                                    |                |                |                 |                  |                |           |                   |

|                                |          |
|--------------------------------|----------|
| ※2回目以降の補助を受けようとする場合のみ<br>既交付額→ | 担当者：     |
| 基準額(E) - 既交付額<br>(E') →        | 電話：      |
|                                | メールアドレス： |

- 注 1 A欄には、当該事業を行うために要する総事業費を記入してください。  
 2 B欄には、当該事業に係る収入額を記入してください。  
 3 C欄には、A欄の合計からB欄を引いた額に補助率を乗じて得た額を記入してください。  
 4 D欄には、A欄の事業費のうち、補助対象経費の支出済額に補助率を乗じて得た額を記入してください。  
 5 E欄には、別表に掲げる補助基準額を記入してください。  
 6 F欄には、C欄、D欄及びE欄を比較して最も少ない額を記入してください。  
 7 G欄には、F欄の額(1,000円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てた額)を記入してください。  
 8 H欄には、県が通知した交付決定額(変更承認申請を行っている場合は、知事の承認を受けた額)を記入してください。  
 9 I欄には、G欄及びH欄を比較していずれか少ない額を記入してください。  
 10 J欄には、県から概算払による補助金の交付があった場合のみ記入してください。

(別紙2)

## ICT導入報告書

|                                     |  |         |                    |
|-------------------------------------|--|---------|--------------------|
| 法人名                                 |  | 事業所名    |                    |
| サービス種類                              |  |         |                    |
| 事業所番号                               |  |         |                    |
| 職員数                                 | 人 (別表 (注5) により算出した数)   |         |                    |
| 導入完了時期                              | 年 月 日  | リース契約期間 | 年 月 日から<br>年 月 日まで |
| ①導入した機器等の名称・台数                      |  |         |                    |
| ②ICT 機器導入により達成すべき目標 (3年間目処)         |  |         |                    |
| ③ICT 機器導入により期待される効果等                |  |         |                    |
|                                     | <input type="checkbox"/> 文書量は半減した。<br>(削減した文書の種類: )<br><input type="checkbox"/> 文書量は半減していない。 |         |                    |
| 補助率 3/4 で申請している場合は、④・⑤のいずれかにチェックが必要 |  |         |                    |
| ④「LIFE」へのデータ提供状況                    | <input type="checkbox"/> CSV 取込機能を活用し、データ提供済 (最新提供時期: 年 月)                                   |         |                    |

|          |  |
|----------|--|
| ⑤データ連携状況 | <input type="checkbox"/> ケアプランデータ連携システムにより連携済→【共通】へ<br><input type="checkbox"/> 上記以外のシステムにより連携済→【追加事項】へ  |
|          | <b>【追加事項】</b><br>(連携内容)<br>具体的な連携内容：<br>連携先：<br>連携方法：<br>→【共通】へ  |
|          | <b>【共通】</b> （補助率3／4を適用する場合には、以下の2項目のいずれにもチェックが必要）<br><input type="checkbox"/> 異なる介護ソフトベンダーのユーザー間でデータ連携を行っている。<br><input type="checkbox"/> ケアプラン標準仕様に準じて出力されたCSVファイルによりデータ連携を行っている。 |

(別紙3)

歳入歳出決算（見込み）書の抄本

(単位：円)

|    | 項目   | 決算額 | 備考 |
|----|------|-----|----|
| 収入 | 県補助金 |     |    |
|    | 法人負担 |     |    |
|    | 合計   |     |    |

|    | 項目 | 決算額 | 備考 |
|----|----|-----|----|
| 支出 |    |     |    |
|    | 合計 |     |    |

この写しは、原本と相違ないことを証明します。

年 月 日

補助事業者名

代表者職氏名

第 号  
年 月 日

岐阜県知事 様

所在地  
補助事業者名  
代表者職氏名

年度岐阜県介護事業所におけるICT導入事業費補助金交付請求書

年 月 日付け 第 号で額の確定（交付決定）を受けた 年度岐  
阜県介護事業所におけるICT導入事業費補助金について、下記のとおり交付されるよう 払に  
より請求します。

記

|                  |   |   |
|------------------|---|---|
| 1 請求金額（交付決定額）    | 金 | 円 |
| （1）確定補助金額（交付決定額） | 金 | 円 |
| （2）既受領済額         | 金 | 円 |
| （3）今回請求額         | 金 | 円 |
| （4）残額            | 金 | 円 |

2 振込先金融機関及び本(支)店名

3 預金種別

4 口座番号

5 口座名

|           |  |     |  |
|-----------|--|-----|--|
| 発行責任者     |  | 担当者 |  |
| 連絡先（電話番号） |  |     |  |

※発行責任者と担当者は同一でも可。フルネームで記載してください。