

人材確保等支援助成金(介護福祉機器助成コース/機器導入助成) 支給申請 チェックリスト【表面】

事業主名: \_\_\_\_\_

R1.5 埼玉労働局

	ご提出いただく書類 (A4版での提出にご協力をお願いします) ・ 確認事項	事業所 チェック	HW チェック
1	<p>人材確保等支援助成金(介護福祉機器助成コース/機器導入助成) 支給申請書(様式第b-5号)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 提出期限内であるか</li> <li>※ 計画期間終了後2ヶ月以内であるか</li> <li><input type="checkbox"/> 事業主印等の押印・捺印、記入漏れはないか</li> <li><input type="checkbox"/> ②: 計画期間は、導入・運用計画書(様式第b-1号)に記入された期間(変更届が提出されている場合は変更届の期間)と同一であるか</li> <li><input type="checkbox"/> ⑤(1): 法人全体ではなく、申請に係る適用事業所について記入されているか</li> <li><input type="checkbox"/> ⑤(2): (様式第b-5号別紙)の②イ・③ロ・④ハ合計額と一致するか。</li> <li><input type="checkbox"/> ⑦: 国等又は地方公共団体等からの補助金受給の有無(予定を含む)について記入されているか</li> </ul>		
2	<p>人材確保等支援助成金(介護福祉機器助成コース) 導入・運用計画対象経費内訳書【支給申請時】(様式第b-5号別紙)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ①(6): 当該事業所の介護労働者数は、介護関係業務(*)に携わっている者の人数が記入されているか</li> <li>(*) 介護関係業務とは、身体上または精神上的の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある方に対し、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練、介護、療養上の管理、移動の介護、衣服の着脱介護、体位変換、清拭等を行うもの。</li> <li><input type="checkbox"/> ②(3): 購入単価は10万円以上(税込み)か</li> <li>* 一品(一台)の見積価格及び購入金額が10万円未満(税込み)の機器は対象外。</li> <li>* 工事費、導入機器送料は対象外。</li> <li><input type="checkbox"/> ②(5): 支払額は、支給申請日までに支払いが完了した金額を計上しているか</li> <li><input type="checkbox"/> ②~④: 金額・台数・支払(賃貸・契約)先等は、売買契約書等と整合性はあるか。</li> <li><input type="checkbox"/> 合計額(②欄イ+③欄ロ+④欄ハ)は記入されているか。</li> <li><input type="checkbox"/> ④(1)~(4): 研修内容、スケジュール等は具体的に記入されているか</li> <li><input type="checkbox"/> ④(1): 研修内容は、機器の使用方法的説明、留意点の指摘、デモンストレーション等を含んだ内容としているか</li> <li><input type="checkbox"/> ⑤(1): 導入前アンケート(※<sup>1</sup>)の実施日、対象者、回収数、回収率について記入されているか</li> <li><input type="checkbox"/> ⑤(2): 導入後アンケート(※<sup>2</sup>)の実施日、対象者、回収数、回収率について記入されているか</li> <li><input type="checkbox"/> ⑤: 「改善率」について記入されているか(※<sup>3</sup>)</li> </ul> <p>(※<sup>1</sup>) 計画書提出後、機器導入までの間に、導入部署で介護関係業務に従事(導入部署に異動予定を含む)している全ての介護労働者(雇用保険一般被保険者以外を含む)を対象に実施していること。 なお、回収率が80%以上でない場合は、支給対象外。</p> <p>(※<sup>2</sup>) 機器導入後、一定期間介護労働者が介護関係業務に従事してから、計画期間が終了するまでの間に⑤(1)の対象者と同一人物に対して実施していること。 なお、回収率が80%以上でない場合は、支給対象外。</p> <p>(※<sup>3</sup>) 機器導入前に身体的負担が大きいと感じていた職員数と、機器導入後に身体的負担が軽減したとする職員数の率が70%以上でない場合、支給対象外。</p>		
3	<p>導入前後に実施した、介護労働者が実際に記入したアンケート用紙(原本)</p>		

【裏面に続く】

人材確保等支援奨励金(介護福祉機器助成コース/機器導入助成) 支給申請 チェックリスト【裏面】

ご提出いただく書類 (A4 版での提出にご協力をお願いします) ・ 確認事項		事業所 チェック	HW チェック
4	人材確保等支援助成金 介護福祉機器販売・賃貸証明書(様式第 b-6 号) * 販売店ごとまたは一契約ごとに 1 枚ずつ必要 <input type="checkbox"/> 証明者(販売又は賃貸を行った者)、導入事業主(販売又は賃貸の相手方)双方の記入があるか <input type="checkbox"/> 1:証明者記載欄に押印がされているか <input type="checkbox"/> 6:イ(イ)~(ハ)・ロ(イ)~(ニ)それぞれ該当する選択肢に記入があるか		
5	【売買契約がある場合】売買契約書(無の場合は販売等企業の押印の入った請求書及び領収書でも可)(写) 【賃借契約がある場合】賃借契約書(写) 【保守契約がある場合】保守契約書(写) 納品書等(写) 導入機器等を確定するための資料(商品パンフレットなど) <input type="checkbox"/> 付属品がある場合、付属品ごとの内訳が明示されているか <input type="checkbox"/> 分割払いや賃借契約の場合、支給申請日までに支払った支給対象部分の金額が確認できるか <input type="checkbox"/> 納品書等により、いつ(年月日)、どこに、どんな機器を何台導入したか確認できるか		
6	導入した事業所内で撮影した介護福祉機器の写真(一台ずつ全体像と製造番号が判別できるもの) <input type="checkbox"/> 導入機器は、「様式第 b-6 号」と一致しているか <input type="checkbox"/> 複数導入している場合は、製造番号が異なっているか		
7	導入した介護福祉機器の使用を徹底するための研修に関するもの 内容、実施日(実施期間)が確認できる資料(研修時に使用した教材(写)等 研修日程表、研修報告書(任意様式)等) 費用の支払いを証明する書類(写)		
9	総勘定元帳(写)または、預金通帳(写) *導入機器支払いに関する部分のみで可 <input type="checkbox"/> 総勘定元帳 ⇒現金科目又は預金科目のうち当該導入機器の支払いに係る部分 <input type="checkbox"/> 預金通帳 ⇒「摘要欄」及び「支払金額」のうち当該導入機器の支払いに係る部分		
10	支給要件確認申立書(共通要領様式第 1 号)		
11	その他管轄労働局長が必要と認める書類		

【留意事項】

☆ 支給申請時に、介護福祉機器が計画どおりに導入・運用されていることを、必要に応じて現地確認します。

以下に該当する場合には助成金を支給できません。

- 導入機器を転用、譲渡、売却、解約又は改造した場合
- 正当な理由なく、導入機器の一部又は全部を設置していない場合又は設置するも恒常的に使用していない場合
- 適正な使用や管理を怠ったことにより導入機器が使用不可能となっている場合
- 導入機器が計画とは異なる事業所に導入された場合
- 介護福祉機器を導入する事業所の介護労働者以外の労働者が恒常的に使用する場合