


職場定着支援助成金（介護福祉機器等助成） 導入・運用計画提出 チェックリスト 【表面】

※ 介護福祉機器等助成は、介護関連事業を営む（事業の一部として介護関連事業を営む場合を含む）事業主が対象です。

事業主名： _____

2704 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>職場定着支援助成金（介護福祉機器等助成）導入・運用計画（変更）書（様式第b-1号）</p> <p>・代理人が、事業主の委任を受けて提出する場合は、「委任状」を添付（社会保険労務士による提出代行・事務代理については不要です）</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 提出期限内であるか ※ 提出期限は、計画期間の初日の6ヶ月前の日から1ヶ月前の日の前日までです。 (例:計画期間が6月1日からの場合は、4月30日までに提出) <input type="checkbox"/> 事業主印等の押印・捺印、記入漏れはないか <input type="checkbox"/> 標題の「変更」が二重線で消されているか（変更届の場合は○で囲まれているか） <input type="checkbox"/> 導入・運用計画期間は3ヶ月以上1年以内であるか <input type="checkbox"/> 導入運用計画期間の開始日は、介護福祉機器を導入する月の初日であるか <input type="checkbox"/> ②(1)欄は、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 <input type="checkbox"/> ②(2)欄は、「様式第b-1号別紙」の②イ・③ロ・④ハ・⑤ニ・合計額と一致するか。 		
2	<p>登記事項証明書（履歴事項全部証明書）等（写）</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 介護関係業務の事業を行っている事業主であるか <input type="checkbox"/> 本社（法人本部）の所在地確認 		
3	<p>職場定着支援助成金 導入・運用計画対象経費内訳書【計画提出時】（様式第b-1号別紙）</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 雇用管理責任者は選任されているか <input type="checkbox"/> ②欄(1)のb見積単価は10万円以上（税込み）か ※ 一品(一台)の見積価格及び購入金額が10万円未満(税込み)の機器は対象外です。 ※ 工事費、導入機器送料は対象外です。 <input type="checkbox"/> ②欄(1)d支払い予定額は、支給申請日までに支払いが完了する見込みの金額を計上しているか <input type="checkbox"/> ②欄(1)f支払い方法は、一括又は分割（支払い回数）が記入されているか <input type="checkbox"/> 合計額（②欄イ+③欄ロ+④欄ハ+⑤欄ニ）は記入されているか。 <input type="checkbox"/> ②欄から⑤欄の金額は、カタログ、見積書等と整合性はあるか。 <input type="checkbox"/> ③欄：保守契約をしない場合は、メンテナンス方法・内容について記入されているか <p>【④欄について】</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> スケジュール・研修内容等が具体的に記載されているか <input type="checkbox"/> 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内容に含んでいるか 		

裏面に続く

	ご提出いただく書類 (A4版での提出にご協力お願いします) ・ 確認事項	事業所 チェック	HW チェック
1	<p>(様式第 b - 1 号別紙) のつづき</p> <p><input type="checkbox"/> ⑤欄のスケジュール、研修内容は具体的に記入されているか ※ 「介護技術に関する身体的負担軽減を図るための研修」は県や市の主催で行っているものに参加させたり、事業所に講師を招いて研修を行うものでも対象です。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>※ 外部講師が医師、介護福祉士、保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士、機能指導訓練員、「あん摩マッサージ指圧師・准看護師・柔道整復師であって運動療法機能訓練技能講習会を修了した者」の場合のみ、講師謝金についても経費として計上できます。</p> </div> <p><input type="checkbox"/> ⑥欄の実施日について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 導入前アンケート実施日は、計画期間の初日から機器等を最初に導入する日の前までとなっているか（計画期間の初日と機器等を最初に導入する日が同日の場合は、当該日より前となっているか） ・ 導入後アンケート実施日は、機器等を最後に導入した日から一定期間（※）あけ、計画期間最終日までの日となっているか。 <p>※ 導入後アンケート実施日の目安は、計画期間終了日前2週間以内程度です。</p>		
4	<p>職場定着支援助成金 介護福祉機器設置・整備申告書（様式第 b - 2 号）</p> <p><input type="checkbox"/> ③導入機器の用途について、「どのような作業と要介護者（残存能力や障害の程度）の場合に、<u>何人の介護労働者で、どの福祉機器をどのように使用するか</u>」が具体的に記入されているか。</p>		
5	<p>都道府県知事の指定通知等</p> <p><input type="checkbox"/> 介護福祉機器導入事業所において、介護保険法に基づく指定又は許可を受けているか</p>		
6	<p>導入予定の介護福祉機器とその購入（賃貸）予定価格が確認できるもの（写）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ カタログ ・ 価格表 ・ 見積書等 		
7	<p>導入等効果の把握に要する書類</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 導入等前後のアンケート用紙のひな型等（様式例 1） 		
8	<p>法人全体と、介護福祉機器導入事業所の組織図・職員名簿</p> <p><input type="checkbox"/> 法人と、介護福祉機器導入事業所の関係が確認できるか</p> <p><input type="checkbox"/> 介護福祉機器導入事業所の介護関係業務を行う部署等が確認できるか</p> <p><input type="checkbox"/> アンケート対象となる職員の確認ができるか</p>		

● ご提出いただいた計画に変更が生じたら ●

認定を受けた導入・運用計画のうち、介護福祉機器の追加又は導入事業所の変更・追加が生じる場合は、変更が生じる日の前までに、その他記載事項等に変更が生じたときは、速やかに、「職場定着支援助成金（介護福祉機器等助成）導入・運用計画（変更）書（様式第 b - 1 号）」と変更内容の確認できる書類をハローワークにご提出ください。