職場定着支援助成金**（介護福祉機器等助成）**　支給申請チェックリスト　【表面】

事業主名：

2804　埼玉労働局

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 | 職場定着支援助成金（介護福祉機器等助成）支給申請書（様式第ｂ－７号） | |  |  |
|  | □　提出期限内であるか  ※　提出期限は、計画期間の末日の翌日から２ヶ月以内です。  □　事業主印等の押印・捨印、記入漏れはないか  □　②欄の計画期間は、導入・運用計画書に記入された期間（変更届が提出されている場合は変更届の期間）と同じであるか  □　⑤（１）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  □　⑤（２）欄は、「様式第ｂ－７号　別紙」の②イ・③ロ・④ハ・⑤ニ・合計額と一致するか。 |  |  |
| ２ | 職場定着支援助成金　導入・運用計画対象経費内訳書【支給申請時】（様式第ｂ－７号別紙） | |  |  |
|  | □　②欄（１）のｂ購入単価は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。  □　②欄（１）ｄ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  □　合計額（②欄イ＋③欄ロ＋④欄ハ＋⑤欄ニ）は記入されているか。  □　②欄から⑤欄の金額・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。  □　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  □　④欄のスケジュール、研修内容は具体的に記載されているか  □　④欄の研修内容は、機器の使用方法の説明、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  □　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行ったものでも対象です。  ※　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・準看護師・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。  C:\Program Files\Microsoft Office\MEDIA\CAGCAT10\j0157763.wmf |  |  |

【裏面に続く】

職場定着支援奨励金**（介護福祉機器等助成）**　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お願いします）　・　確認事項 | | | | 事業所  ﾁｪｯｸ | HW  ﾁｪｯｸ |
| ３ | 職場定着支援助成金　介護福祉機器　導入報告書（様式第ｂ－８号） | | | |  |  |
|  | | □　導入した介護福祉機器の種類と台数は、「様式第ｂ－２」（写）、「様式第ｂ－７号別紙」②欄と一致しているか  □　アンケートの実施時期、対象者、対象人数は計画通りに実施されているか  □　アンケート用紙の件数と整合性はあるか | |  |  |
| ４ | 導入前後に実施したアンケート用紙（原本） | | | |  |  |
| ５ | 職場定着支援助成金　導入・運用計画認定通知書（様式第ｂ－３号）（写） | | | |  |  |
| ６ | 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）（写） | | | |  |  |
| ７ | 職場定着支援助成金　介護福祉機器販売・賃貸証明書（様式第ｂ－９号） | | | |  |  |
|  | | □　記入漏れはないか  □　「１証明者」欄に押印はあるか | |  |  |
| ８ | 導入した介護福祉機器の内容がわかる書類  【売買契約がある場合】売買契約書（ない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（写）、商品パンフレット等 | | | |  |  |
|  | | □　付属品がある場合は、付属品ごとの内訳が明示されているか  □　分割払いや賃借契約の場合は、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  □　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 | |  |  |
| ９ | 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） | | | |  |  |
|  | □　導入機器は、「様式第ｂ－８号」と一致しているか  □　複数導入している場合は、製造番号が異なっているか | | |  |  |
| １０ | 導入した介護福祉機器の使用を徹底するための研修  介護技術に関する身体的負担軽減を図るための研修 | | | 内容、実施日（実施期間）が確認できる資料  （※） |  |  |
| １１ | 導入した介護福祉機器の使用を徹底するための研修  介護技術に関する身体的負担軽減を図るための研修 | | | 費用の支払いを証明する書類（写） |  |  |
| １２ | 総勘定元帳（写）又は、預金通帳（写） | | | |  |  |
|  | | □　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  □　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 | |  |  |
| １３ | 支給要件確認申立書（共通要領様式第１号） | | | |  |  |

※　研修内容、実施日（実施期間）が確認できる資料の例

　　・研修内容：研修時に使用した教材（写）等

　　・実施日（実施期間）：研修日程表、研修報告書（任意様式）等