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