

（表）

戸田市介護ロボット等導入計画書

年 月 日

担当者役職・氏名

担当者連絡先（電話）

（メール）

法人名		介護事業所名		介護サービスの種別
		(事業所番号)		
介護ロボット等の種別（ 1 ）		介護ロボット等の製品名		
種別番号				
購入 ・ リース又はレンタル (いずれかに○をしてください。)		購入時期		リース又はレンタルの場合の契約（予定）期間
		年 月 日		年 月 日～ 年 月 日
補助対象経費（ 2 ）	所要経費 (A)	導入台数 (B) (3)	実支出予定額 (A) × (B)	
			合計額	
		補助申請額（ 4 ）		
【当該介護ロボット等を導入する目的事業】（いずれかの番号に○をしてください。）				
1 職員の負担軽減及び業務の効率化を図り、働きやすい職場環境を整備する事業 2 見守り及びコミュニケーションを目的とした介護ロボット及び介護ロボット通信機器等を導入することで、在宅で介護サービスを利用する要介護者等が安心して日常生活を送れる環境を整備するとともに、利便性の向上を図る事業				
【導入スケジュール】				
【当該介護ロボット等導入により期待される効果等】				

(裏)

1 種別については、導入する介護ロボット等が下記のどれにあたるか確認し、選択してください。

<種別>

【介護ロボット】

- | | |
|----------------|------------------------|
| 1 移乗支援介護ロボット | 6 見守り支援介護ロボット(介護施設型) |
| 2 移動支援介護ロボット | 7 見守り支援介護ロボット(在宅介護型) |
| 3 排せつ支援介護ロボット | 8 コミュニケーション支援機器(介護施設型) |
| 4 入浴支援介護ロボット | 9 コミュニケーション支援機器(在宅介護型) |
| 5 介護業務支援介護ロボット | |

【介護ロボット通信機器等】

- 10 Wi-Fi機器(見守り支援介護ロボットを通信ネットワークに接続することを可能とする機器)
- 11 インカム
(見守り支援介護ロボットの使用により得られた情報を即時に伝達することを可能とする機器)
- 12 タブレット端末等(見守り支援介護ロボットと連携するために使用するもの)
- 13 介護ソフト(見守り支援介護ロボットと連携が可能であり、介護サービス事務を一貫して処理できるソフトウェア)
- 14 ウェアラブル機器
(バイタル測定器と連携し、それから得られた情報を取得し、その情報を介護ソフトに送信することが可能な機器)
- 15 見守り支援介護ロボットと介護ソフトを繋ぐゲートウェイ装置・ソフトウェア・クラウドサービス
- 16 バイタル測定器(タブレット端末又はウェアラブル機器に脈拍等の情報を送信することが可能な機器)

【ICT機器等】

- 17 介護ソフト(介護サービス事務を一貫して処理できるソフトウェア)
- 18 タブレット端末等(介護サービス事務にのみ使用するもの)
- 19 クラウドサービス(介護サービス事務の処理の用に供するサービス)
- 20 Wi-Fi機器(17、18又は21を通信ネットワークに接続する機器)
- 21 インカム(相互通信機器)
- 22 バックオフィス用(勤怠管理や給与管理等)のソフトウェア

2 補助対象経費については、次から選択してください。

- | | | |
|---------------|----------|----------------------------|
| 1 機器等購入費用 | 3 使用料 | 5 個人情報保護のため等に必要なセキュリティ対策費用 |
| 2 リース又はレンタル費用 | 4 初期設定費用 | 6 配送料 |

3 補助対象経費が、配送料の場合、記載の必要はありません。

4 補助申請額の上限は10万円です。上限額と実支出予定額を比較して少ない方の額になります。