

様式第7号別紙（注意書き）

（記入上の注意）別紙については、導入事業所ごとに内容を記載し、様式第7号とともにご提出下さい。

- 1 ①には、介護福祉機器を実際に導入した事業所の名称、事業内容、所在地、雇用保険適用事業所番号、代表者役職及び氏名、雇用保険一般被保険者数、雇用保険一般被保険者数のうち実際に介護関係業務に携わっている者の数、当該事業所の利用者数、介護雇用管理責任者の氏名、選任年月日、介護雇用管理責任者の事業所内での周知方法、周知開始日を記入して下さい。
- 2 ②については、実際に要した介護福祉機器の費用等を記載して下さい。なお、本奨励金の対象となる介護福祉機器の範囲は以下のとおりです。

<p>(1) 移動用リフト なお、移動用リフトの導入時に、当該移動用リフトの稼働に必要なものとして、同時に購入等した吊り具(スリングシート)を含む。</p> <p>(2) 自動車用車いすリフト</p> <p>(3) 立位補助機(スタンディングマシーン)</p> <p>(4) ベッド(傾斜角度又は高さが調整できる機能を有するものに限る。)</p> <p>(5) 座面昇降機能付車いす</p> <p>(6) 特殊浴槽(移動用リフトと一体化しているもの、移動用リフトが取り付け可能なもの又は側面が開閉可能なものに限る。)</p> <p>(7) ストレッチャー(入浴用に使用するものを含む。)</p> <p>(8) シャワーキャリー</p> <p>(9) 昇降装置(人の移動に使用するものに限る。)</p> <p>(10) その他腰痛予防の効果が特に高いと考えられるもの</p>

※なお、前項に該当する機器であっても次の(1)から(13)に該当する場合は奨励金の対象となりません。

<p>(1) 事業主が私的目的のために購入した機器</p> <p>(2) 事業主以外の名義の機器</p> <p>(3) 現物出資された機器</p> <p>(4) 商品対価</p> <p>(5) 原材料</p> <p>(6) 取得するも解約あるいは第三者に譲渡した機器</p> <p>(7) 支払い事実が明確でない機器</p> <p>(8) 国外において導入される機器</p> <p>(9) 資本的及び経済的関連性がある事業主間の取引による機器</p> <p>(10) 配偶者間、1親等の親族間、法人とその代表者間若しくは代表者の配偶者間、代表者の1親等の親族間又は法人とその取締役間若しくは同一代表者の法人間の取引による機器</p> <p>(11) 管轄労働局が行う現地調査において、その存在が確認できない機器</p> <p>(12) 併給調整がなされる助成金等の支給に係る機器</p> <p>(13) 長期(1年以上)にわたり反復して更新することが見込まれない契約により賃借した機器</p>
--

- 3 ②-(1)について、aの欄には、導入した介護福祉機器の商品名等、bの欄には、購入単価(10万未満のものについては対象とはなりません。)、dの欄には、計画期間に実際に支払った額(計画期間を超える分割払いのため、期間内に支払いが完了しない場合にあつては、計画期間内の最後の支払いをもって、支払いが完了したものとみなします。また、手形又は小切手による支払いの場合にあつては、決済が完了したものに限り、) fの欄には、支払完了日を記載して下さい。
- 4 ②-(2)について、aの欄には、導入した介護福祉機器の商品名等、bの欄には、賃借料(年額か月額かわかるように記載して下さい)、dの欄には、計画期間に実際に支払った額(計画期間を超える賃借のため、期間内に支払いが完了しない場合にあつては、計画期間内の最後の支払いをもって、支払いが完了したものとみなします。当該欄には、何ヶ月分の支払いかわかるよう記載して下さい。)、fの欄には、計画期間内において実際に賃借した期間及び支払完了日を記載して下さい。賃借料については、計画期間内において、実際に賃借した期間の賃借料(支払いが完了している分に限る)の1/2を助成します。また、賃借については、奨励金の支払を受けた後も引き続き行うことが必要です
- 5 ②のイの欄は、購入額の合計と賃借額の合計を足した額を記載して下さい。
- 6 ③には、②の介護福祉機器の導入に付随する工事費について、費用の内訳や合計額を記載して下さい。
- 7 ④には、メンテナンスについて、保守契約を締結した場合は保守契約料や契約先等を記載して下さい。
- 8 ⑤には、導入機器の使用を徹底するための研修について、実施年月日、研修名・内容、費用、実施団体名等を記載して下さい。

介護労働者設備等整備モデル奨励金 介護福祉機器導入効果報告書

平成 年 月 日

申請事業主名称 _____

以下の導入事業所に係る導入効果を報告いたします。

導入事業所名称 _____
 所在地 (〒 _____) _____
 雇用保険適用事業所番号 _____

導入した介護福祉機器	台数

1. 介護福祉機器(以下「機器」という。)の使用を徹底するために行った事項

(1) 機器の保守契約を締結した場合

ア 保守契約の締結年月日 平成 年 月 日
 イ 保守契約の相手方の企業等名
 ウ 保守契約期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日
 エ 保守契約料

(注) 保守契約を締結した場合は、保守契約書の写しを添付すること。

保守契約を締結しなかった場合は、事業所内でどのような保守管理(メンテナンス)を行ったかを記入して下さい。

(2) 機器の使用の徹底を図るための研修の受講

実施年月日	研修の名称及び実施団体	内 容	参加人数(人)

(注) 研修について、実施日、受講者数、研修内容が確認できる資料を添付すること。

(3) 使用方法等を職場内に伝達するためのシステムの構築とその運用状況

--

(4) 腰痛予防の講習

実施年月日	講習の名称及び実施団体	内 容	参加人数(人)

腰痛を予防・防止するため、講習の他に講じた取組がありましたら、以下にご記入下さい。

--

(注) 講習について、実施日、受講者数、講習内容が確認できる資料を添付すること。

2. 機器の使用の徹底を図る際に生じた課題

--

3. 2を踏まえての対応

--

4. 導入効果の把握の実施内容について

(1) 実施状況

	対象人数(人)	実施(日)期間	実施方法(アンケート、ヒアリング等)	回収率(アンケート等の場合) (A:回収人数) (B:対象人数) (回収率(A/B)×100)
導入前				人 人 %
導入後				人 人 %

(注1) 導入効果の把握を行う対象については、介護福祉機器を使用する部署に所属する労働者のみでなく、導入事業所において介護関係業務に携わっている者すべてに行うこと。

(注2) 導入効果を把握するために行った職員へのアンケート調査等の書類の一例(実際に記入した書類)を添付すること。

(2) 実施結果

		a: 導入前(人)	b: 導入後(人)	改善率(%)
①	介護関係業務に携わっている者			—
②	腰痛の症状がある職員数 (うち、医療受診している者)	ア ()	イ ()	ウ ()
③	機器の導入前、 身体的負担が大きいと感じている職員数	エ	—	—
④	機器の導入後、上記③のうち、 身体的負担が減少したとする職員数	—	オ	カ

(注) ウ=イ/ア×100、 カ=オ/エ×100

5. 導入・運用期間終了時の評価(導入事業所の労働者の過半数代表者が記入して下さい。)

【労働者代表記入欄】

6. 導入・運用証明欄(導入事業所の労働者の過半数代表者が記入して下さい。)

上記申請事業主は、本報告書の記載どおり介護福祉機器を導入し、運用に係る取組を行ったことを証明します。

代表者氏名 _____ 印

(注) 労働者の過半数を代表する者を証明する「労働者代表選任届」及び「委任状」を添付すること。

(労働局記入欄)

受理年月日	平成 年 月 日					
評価1				支給 ・ 不支給		
評価2						
支給決定年月日	平成 年 月 日			支給決定番号	第	号
備考						
決裁欄	局長	部長	課長	課長補佐	係長	担当

介護労働者設備等整備モデル奨励金介護福祉機器販売・賃貸証明書

下記事業所の設置・整備に係る介護福祉機器を販売又は賃貸したことを証明します。	
労働局長 殿	
1 証明者 (販売又は賃貸を行った者)	証明年月日 平成 年 月 日 (フリガナ) 氏 名 印 (証明者が法人の場合は、主たる事業所の所在地、法人の名称、代表者の氏名を記入。)
	住 所 (〒) (Tel)
	証明書作成担当者 所属(部課) 氏 名
	2 導入事業主 (販売又は賃貸の相手方)
(フリガナ) 氏 名 (事業主が法人の場合は、主たる事業所の所在地、法人の名称、代表者の氏名を記入。)	
住 所 (〒) (Tel)	
3 販売に係る証明	物品等の名称(製品番号) 販売価格 単位:円
	合 計 額 円
4 賃貸に係る証明	(賃貸の場合) 賃貸借契約期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで
	(賃貸の費用) 年額又は月額 円(うち受領済額 円)
5 導入事業所及び搬入場所	住 所 名 称 (〒) (Tel)
[導入事業主記載欄] 6 1の証明者との関係等 (該当する選択肢に○)	イ 1の証明者との関係において、 (イ) 発行済株式の総数又は出資の総額に占める所有株式数又は出資の割合が、50%を超える。 (ロ) 取締役会の構成員について、代表取締役が同一人物であるか、又は取締役を兼務している者が過半数を超える。 (ハ) (イ)、(ロ)のいずれにも該当しない。 ロ 当該不動産に係る取引について (イ) 配偶者間の取引、又は1親等の親族間の取引である。 (ロ) 法人とその代表者間若しくは代表者の配偶者間、代表者の1親等の親族間又は法人とその取締役間取引である。 (ハ) 同一代表者の法人間の取引である。 (ニ) (イ)から(ハ)のいずれにも該当しない。

様式第9号 (注意書き)

この証明書は、販売店ごと又は一契約ごとに、1枚ずつ提出してください。
なお、資本的及び経済的関連性がある事業主間の取引及び親族間等の取引による機器については、対象とはなりません。

様式例

介護労働者雇用管理責任者選任（変更）届

平成 年 月 日

労働局長 殿

事業主 住所 〒
 名称
 職・氏名

印

このたび、当事業所では、下記の者を介護労働者雇用管理責任者として選任（変更）いたしましたので報告いたします。

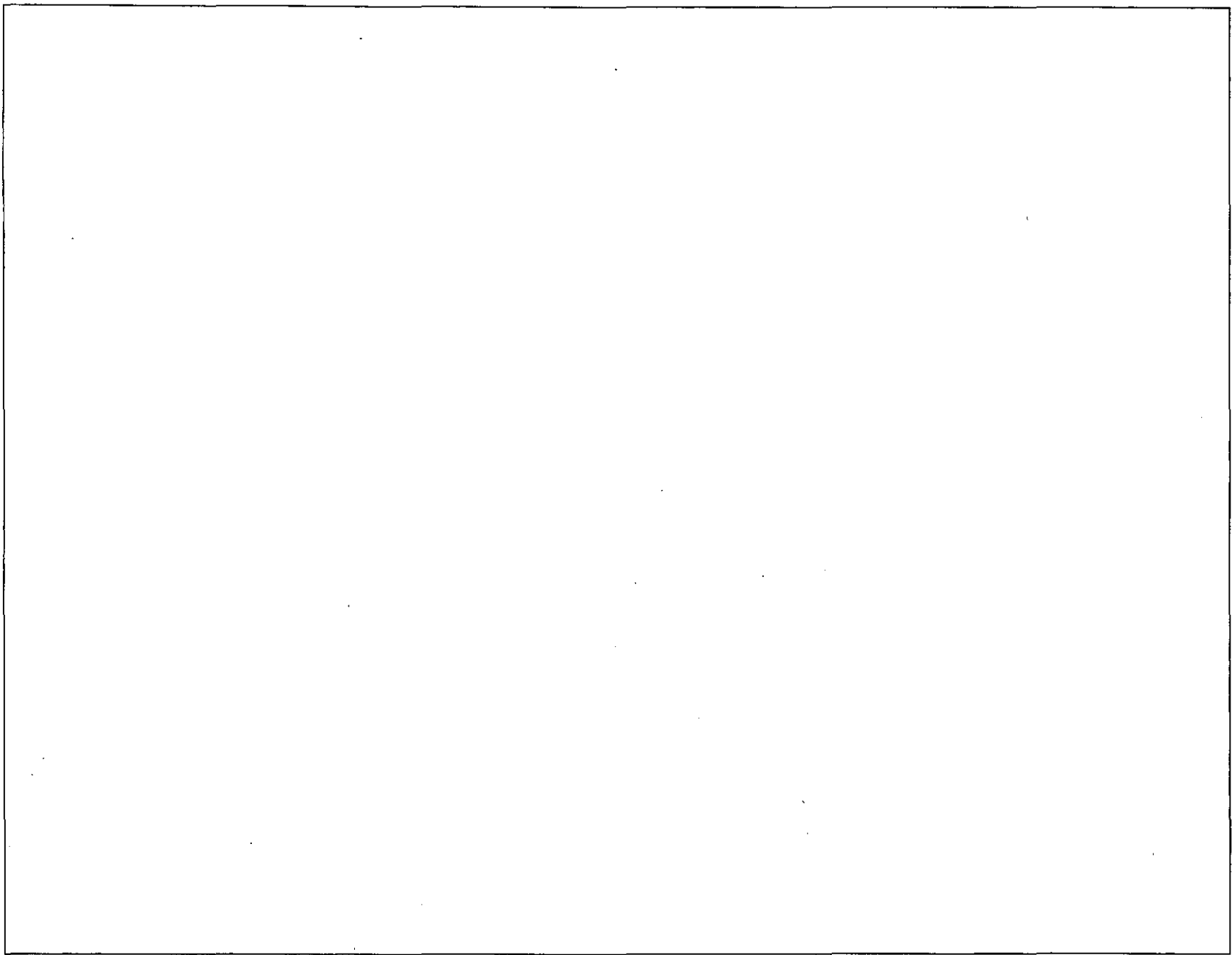
選任した者の氏名	(所属部課・役職名)
選任（変更）年月日	平成 年 月 日
選任（変更）方法	・辞令等の書面 ・口頭 ・その他（具体的に)

※選任（変更）方法については、該当するものに○を付すこと。その他に該当する場合は具体的な方法を括弧内に記入すること。

なお、介護労働者雇用管理責任者の周知については、下記により行っていることを併せて報告いたします。

周知を開始した年月日	平成 年 月 日
周知方法	・事業所内掲示 ・書類等の手交 ・その他（具体的に)
周知内容	・介護労働者雇用管理責任者氏名 ・介護労働者雇用管理責任者の役割 ①介護労働者の雇用管理の改善等に関する事項について、事業主の指示に基づき必要な措置を検討し、実施すること。 ②介護労働者の労働条件等の雇用管理に関し、介護労働者の相談に応ずること。

※周知方法については、該当するものに○を付すこと。その他に該当する場合は具体的な方法を括弧内に記入すること。



委任状

平成 年 月 日

事業主 住所 〒

名称

氏名

印

私は、下記2の者を代理人と定め、下記1に規定する権限を委任する。

記

1 権限

年 月 日に開始する介護福祉機器の導入・運用に係る介護労働者設備等整備モデル奨励金導入・運用計画の認定及び変更並びに介護労働者設備等整備モデル奨励金の支給に係る事務に関する一切の権限（ただし、奨励金の代理受領を除く。）

2 代理人

住所 〒

氏名

代理人が使用する印鑑

印

注：奨励金の支給申請の際には、申請窓口に委任状の写しを提出して下さい。

労働者代表選任届

平成 年 月 日から平成 年 月 日までの介護労働者設備等整備モデル
奨励金の導入・運用計画期間に、事業主が行った介護福祉機器の導入・運用に
係る取組の証明に関する事項について(株)〇〇〇〇×××事業所の過半数以上の
労働者の同意を得て、〇〇〇〇を労働者代表として選任されたことを届けます。

1 選任年月日 平成 年 月 日

2 労働者
別紙「委任状」のとおり労働者代表 _____ 他 _____ 名

平成 年 月 日

株式会社
代表取締役

⑩

労働者代表
職・氏名 _____ ⑩

委任状

(株)○○○○×××事業所の労働者は、_____を労働者代表とすることに同意し、平成 年 月 日から平成 年 月 日までの介護労働者設備等整備モデル奨励金の導入・運用計画期間に事業主が行った介護福祉機器の導入・運用に係る取組について証明する権限を委任します。

労働者氏名	確認印	労働者氏名	確認印

(注)
必ず各労働者の自筆による署名、捺印を取ってください。