

(別紙5-2)

令和6年度 千葉県介護テクノロジー定着支援事業補助金 清算額調書(総表) (ICT)

法人名

事業所 No.	介護保険事業所番号	事業所名	導入事業所所在 地	サービス種別	過年度の補助金 交付額	職員数	実績報告額
1	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0	0
10	0	0	0	0	0	0	0
法人合計							0

令和6年度 千葉県介護テクノロジー定着支援事業補助金 精算額調書（個票）（ICT）

法人名	0
-----	---

事業所ごとにオレンジに色付けされたセルについて記入してください。

1つの事業所につき、1シートとする。複数事業所申請の場合は個票シートをコピーすること。

※1 事業所Noには総表の事業所Noとリンクさせること。

※2 介護予防サービスは、居宅サービス種類に含める（1事業所としてカウント）。施設併設の短期入所サービスは、施設に含める。

※3 今まで介護サービス事業所導入支援補助金の交付を受けたことのある事業所は交付額を記載すること。

※4 申請月における常勤換算方法により算出された人数区分を選択すること。なお、居宅を訪問してサービスを提供する職員（訪問介護員、居宅介護支援専門員等）及び管理者や生活相談員の職員については、実人数としても可。

※5 同じ見積の場合でも導入種類ごとに記入する。

※6 種類で②タブレット、インカムを選択した場合は、台数を記入する。

※7 見積もりの全体額から割引がある場合は任意の導入機器の補助対象経費から割引額を差し引いて記入する。

事業所No	介護保険事業所番号	事業所名	導入事業所所在地		サービス種別	過年度の補助金交付額	職員数
※1					※2	※3	※4
1							
	導入した機器名等					補助対象経費	補助対象経費
	種類 ※5	製品名	台数 ※6	発注日	支払日	(税抜) ※7	合計A
1							0
2							
3							
4							
5							
6							

補助率	補助基本額 A×補助率（千円未満切捨て）	基準額 C	差引基準額 ※3の金額があれば Cから差し引く D	所要額 BとDを比較して低い方の額 E	交付割合 F	実績報告額 E×F G	交付決定額 交付決定通知の金額を記載 H
	B	C	D	E	F	G	H
3/4	0			0	100%	0	
							交付決定差引額
							I
							0

令和6年度 千葉県介護テクノロジー定着支援事業補助金 精算額調書（個票）（ICT）

法人名	0
-----	---

事業所ごとに**オレンジに色付けされたセル**について記入してください。

1つの事業所につき、1シートとする。複数事業所申請の場合は個票シートをコピーすること。

※1 事業所Noには総表の事業所Noとリンクさせること。

※2 介護予防サービスは、居宅サービス種類に含める（1事業所としてカウント）。施設併設の短期入所サービスは、施設に含める。

※3 今まで介護サービス事業所導入支援補助金の交付を受けたことのある事業所は交付額を記載すること。

※4 申請月における常勤換算方法により算出された人数区分を選択すること。なお、居宅を訪問してサービスを提供する職員（訪問介護員、居宅介護支援専門員等）及び管理者や生活相談員の職員については、実人数としても可。

※5 同じ見積の場合でも導入種類ごとに記入する。

※6 種類で②タブレット、インカムを選択した場合は、台数を記入する。

※7 見積もりの全体額から割引がある場合は任意の導入機器の補助対象経費から割引額を差し引いて記入する。

事業所 No	介護保険事業所番号	事業所名	導入事業所所在地		サービス種別	過年度の補助金交付額	職員数
					※2	※3	※4
※1							
2							
導入した機器名等					補助対象経費		補助対象経費
	種類 ※5	製品名	台数 ※6	発注日	支払日	(税抜) ※7	合計A
1							0
2							
3							
4							
5							
6							

補助率	補助基本額 A×補助率（千円未満切捨て）	基準額 C	差引基準額 ※3の金額があれば Cから差し引く D	所要額 BとDを比較して低い方の額 E	交付割合 F	実績報告額 E×F G	交付決定額 交付決定通知の金額を記載 H
3/4	0			0	100%	0	
							交付決定差引額
							I
							0

令和6年度 千葉県介護テクノロジー定着支援事業補助金 精算額調書（個票）（ICT）

法人名	0
-----	---

事業所ごとに**オレンジに色付けされたセル**について記入してください。

1つの事業所につき、1シートとする。複数事業所申請の場合は個票シートをコピーすること。

※1 事業所Noには総表の事業所Noとリンクさせること。

※2 介護予防サービスは、居宅サービス種類に含める（1事業所としてカウント）。施設併設の短期入所サービスは、施設に含める。

※3 今まで介護サービス事業所導入支援補助金の交付を受けたことのある事業所は交付額を記載すること。

※4 申請月における常勤換算方法により算出された人数区分を選択すること。なお、居宅を訪問してサービスを提供する職員（訪問介護員、居宅介護支援専門員等）及び管理者や生活相談員の職員については、実人数としても可。

※5 同じ見積の場合でも導入種類ごとに記入する。

※6 種類で②タブレット、インカムを選択した場合は、台数を記入する。

※7 見積もりの全体額から割引がある場合は任意の導入機器の補助対象経費から割引額を差し引いて記入する。

事業所No	介護保険事業所番号	事業所名	導入事業所所在地		サービス種別	過年度の補助金交付額	職員数
					※2	※3	※4
※1							
3							
導入した機器名等						補助対象経費	補助対象経費
	種類 ※5	製品名	台数 ※6	発注日	支払日	(税抜) ※7	合計A
1							0
2							
3							
4							
5							
6							

補助率	補助基本額 A×補助率（千円未満切捨て）	基準額	差引基準額 ※3の金額があれば Cから差し引く	所要額 BとDを比較して低い方の額	交付割合	実績報告額 E×F	交付決定額 交付決定通知の金額を記載
	B	C	D	E	F	G	H
3/4	0			0	100%	0	
							交付決定差引額
							I
							0

令和6年度 千葉県介護テクノロジー定着支援事業補助金 精算額調書（個票）（ICT）

法人名	0
-----	---

事業所ごとにオレンジに色付けされたセルについて記入してください。

1つの事業所につき、1シートとする。複数事業所申請の場合は個票シートをコピーすること。

※1 事業所Noには総表の事業所Noとリンクさせること。

※2 介護予防サービスは、居宅サービス種類に含める（1事業所としてカウント）。施設併設の短期入所サービスは、施設に含める。

※3 今まで介護サービス事業所導入支援補助金の交付を受けたことのある事業所は交付額を記載すること。

※4 申請月における常勤換算方法により算出された人数区分を選択すること。なお、居宅を訪問してサービスを提供する職員（訪問介護員、居宅介護支援専門員等）及び管理者や生活相談員の職員については、実人数としても可。

※5 同じ見積の場合でも導入種類ごとに記入する。

※6 種類で②タブレット、インカムを選択した場合は、台数を記入する。

※7 見積もりの全体額から割引がある場合は任意の導入機器の補助対象経費から割引額を差し引いて記入する。

事業所No	介護保険事業所番号	事業所名	導入事業所所在地		サービス種別	過年度の補助金交付額	職員数
					※2	※3	※4
※1							
4							
導入した機器名等						補助対象経費	補助対象経費
	種類 ※5	製品名	台数 ※6	発注日	支払日	(税抜) ※7	合計A
1							0
2							
3							
4							
5							
6							

補助率	補助基本額 A×補助率（千円未満切捨て）	基準額	差引基準額 ※3の金額があれば Cから差し引く	所要額 BとDを比較して低い方の額	交付割合	実績報告額 E×F	交付決定額 交付決定通知の金額を記載
	B	C	D	E	F	G	H
3/4	0			0	100%	0	
							交付決定差引額
							I
							0

令和6年度 千葉県介護テクノロジー定着支援事業補助金 精算額調書（個票）（ICT）

法人名	0
-----	---

事業所ごとにオレンジに色付けされたセルについて記入してください。

1つの事業所につき、1シートとする。複数事業所申請の場合は個票シートをコピーすること。

※1 事業所Noには総表の事業所Noとリンクさせること。

※2 介護予防サービスは、居宅サービス種類に含める（1事業所としてカウント）。施設併設の短期入所サービスは、施設に含める。

※3 今まで介護サービス事業所導入支援補助金の交付を受けたことのある事業所は交付額を記載すること。

※4 申請月における常勤換算方法により算出された人数区分を選択すること。なお、居宅を訪問してサービスを提供する職員（訪問介護員、居宅介護支援専門員等）及び管理者や生活相談員の職員については、実人数としても可。

※5 同じ見積の場合でも導入種類ごとに記入する。

※6 種類で②タブレット、インカムを選択した場合は、台数を記入する。

※7 見積もりの全体額から割引がある場合は任意の導入機器の補助対象経費から割引額を差し引いて記入する。

事業所No	介護保険事業所番号	事業所名	導入事業所所在地		サービス種別	過年度の補助金交付額	職員数
					※2	※3	※4
※1							
5							
導入した機器名等						補助対象経費	補助対象経費
	種類 ※5	製品名	台数 ※6	発注日	支払日	(税抜) ※7	合計A
1							0
2							
3							
4							
5							
6							

補助率	補助基本額 A×補助率（千円未満切捨て）	基準額 C	差引基準額 ※3の金額があれば Cから差し引く D	所要額 BとDを比較して低い方の額 E	交付割合 F	実績報告額 E×F G	交付決定額 交付決定通知の金額を記載 H
3/4	0			0	100%	0	
							交付決定差引額
							I
							0

令和6年度 千葉県介護テクノロジー定着支援事業補助金 精算額調書（個票）（ICT）

法人名	0
-----	---

事業所ごとにオレンジに色付けされたセルについて記入してください。

1つの事業所につき、1シートとする。複数事業所申請の場合は個票シートをコピーすること。

※1 事業所Noには総表の事業所Noとリンクさせること。

※2 介護予防サービスは、居宅サービス種類に含める（1事業所としてカウント）。施設併設の短期入所サービスは、施設に含める。

※3 今まで介護サービス事業所導入支援補助金の交付を受けたことのある事業所は交付額を記載すること。

※4 申請月における常勤換算方法により算出された人数区分を選択すること。なお、居宅を訪問してサービスを提供する職員（訪問介護員、居宅介護支援専門員等）及び管理者や生活相談員の職員については、実人数としても可。

※5 同じ見積の場合でも導入種類ごとに記入する。

※6 種類で②タブレット、インカムを選択した場合は、台数を記入する。

※7 見積もりの全体額から割引がある場合は任意の導入機器の補助対象経費から割引額を差し引いて記入する。

事業所No	介護保険事業所番号	事業所名	導入事業所所在地		サービス種別	過年度の補助金交付額	職員数
					※2	※3	※4
※1							
6							
導入した機器名等					補助対象経費		補助対象経費
	種類 ※5	製品名	台数 ※6	発注日	支払日	(税抜) ※7	合計A
1							0
2							
3							
4							
5							
6							

補助率	補助基本額 A×補助率（千円未満切捨て）	基準額 C	差引基準額 ※3の金額があれば Cから差し引く D	所要額 BとDを比較して低い方の額 E	交付割合 F	実績報告額 E×F G	交付決定額 交付決定通知の金額を記載 H
3/4	0			0	100%	0	
							交付決定差引額
							I
							0



令和6年度 千葉県介護テクノロジー定着支援事業補助金 精算額調書（個票）（ICT）

法人名	0
-----	---

事業所ごとにオレンジに色付けされたセルについて記入してください。

1つの事業所につき、1シートとする。複数事業所申請の場合は個票シートをコピーすること。

※1 事業所Noには総表の事業所Noとリンクさせること。

※2 介護予防サービスは、居宅サービス種類に含める（1事業所としてカウント）。施設併設の短期入所サービスは、施設に含める。

※3 今まで介護サービス事業所導入支援補助金の交付を受けたことのある事業所は交付額を記載すること。

※4 申請月における常勤換算方法により算出された人数区分を選択すること。なお、居宅を訪問してサービスを提供する職員（訪問介護員、居宅介護支援専門員等）及び管理者や生活相談員の職員については、実人数としても可。

※5 同じ見積の場合でも導入種類ごとに記入する。

※6 種類で②タブレット、インカムを選択した場合は、台数を記入する。

※7 見積もりの全体額から割引がある場合は任意の導入機器の補助対象経費から割引額を差し引いて記入する。

事業所No	介護保険事業所番号	事業所名	導入事業所所在地		サービス種別	過年度の補助金交付額	職員数
					※2	※3	※4
※1							
7							
導入した機器名等						補助対象経費	補助対象経費
	種類 ※5	製品名	台数 ※6	発注日	支払日	(税抜) ※7	合計A
1							0
2							
3							
4							
5							
6							

補助率	補助基本額 A×補助率（千円未満切捨て）	基準額	差引基準額 ※3の金額があれば Cから差し引く	所要額 BとDを比較して低い方の額	交付割合	実績報告額 E×F	交付決定額 交付決定通知の金額を記載
	B	C	D	E	F	G	H
3/4	0			0	100%	0	8
							交付決定差引額
							I
							-8



令和6年度 千葉県介護テクノロジー定着支援事業補助金 精算額調書（個票）（ICT）

法人名	0
-----	---

事業所ごとにオレンジに色付けされたセルについて記入してください。

1つの事業所につき、1シートとする。複数事業所申請の場合は個票シートをコピーすること。

※1 事業所Noには総表の事業所Noとリンクさせること。

※2 介護予防サービスは、居宅サービス種類に含める（1事業所としてカウント）。施設併設の短期入所サービスは、施設に含める。

※3 今まで介護サービス事業所導入支援補助金の交付を受けたことのある事業所は交付額を記載すること。

※4 申請月における常勤換算方法により算出された人数区分を選択すること。なお、居宅を訪問してサービスを提供する職員（訪問介護員、居宅介護支援専門員等）及び管理者や生活相談員の職員については、実人数としても可。

※5 同じ見積の場合でも導入種類ごとに記入する。

※6 種類で②タブレット、インカムを選択した場合は、台数を記入する。

※7 見積もりの全体額から割引がある場合は任意の導入機器の補助対象経費から割引額を差し引いて記入する。

事業所No	介護保険事業所番号	事業所名	導入事業所所在地		サービス種別	過年度の補助金交付額	職員数
					※2	※3	※4
※1							
8							
導入した機器名等						補助対象経費	補助対象経費
	種類 ※5	製品名	台数 ※6	発注日	支払日	(税抜) ※7	合計A
1							0
2							
3							
4							
5							
6							

補助率	補助基本額 A×補助率（千円未満切捨て）	基準額	差引基準額 ※3の金額があれば Cから差し引く	所要額 BとDを比較して低い方の額	交付割合	実績報告額 E×F	交付決定額 交付決定通知の金額を記載
	B	C	D	E	F	G	H
3/4	0			0	100%	0	
							交付決定差引額
							I
							0

令和6年度 千葉県介護テクノロジー定着支援事業補助金 精算額調書（個票）（ICT）

法人名	0
-----	---

事業所ごとにオレンジに色付けされたセルについて記入してください。

1つの事業所につき、1シートとする。複数事業所申請の場合は個票シートをコピーすること。

※1 事業所Noには総表の事業所Noとリンクさせること。

※2 介護予防サービスは、居宅サービス種類に含める（1事業所としてカウント）。施設併設の短期入所サービスは、施設に含める。

※3 今まで介護サービス事業所導入支援補助金の交付を受けたことのある事業所は交付額を記載すること。

※4 申請月における常勤換算方法により算出された人数区分を選択すること。なお、居宅を訪問してサービスを提供する職員（訪問介護員、居宅介護支援専門員等）及び管理者や生活相談員の職員については、実人数としても可。

※5 同じ見積の場合でも導入種類ごとに記入する。

※6 種類で②タブレット、インカムを選択した場合は、台数を記入する。

※7 見積もりの全体額から割引がある場合は任意の導入機器の補助対象経費から割引額を差し引いて記入する。

事業所No	介護保険事業所番号	事業所名	導入事業所所在地		サービス種別	過年度の補助金交付額	職員数
					※2	※3	※4
※1							
9							
導入した機器名等					補助対象経費		補助対象経費
	種類 ※5	製品名	台数 ※6	発注日	支払日	(税抜) ※7	合計A
1							0
2							
3							
4							
5							
6							

補助率	補助基本額 A×補助率（千円未満切捨て）	基準額	差引基準額 ※3の金額があれば Cから差し引く	所要額 BとDを比較して低い方の額	交付割合	実績報告額 E×F	交付決定額 交付決定通知の金額を記載
	B	C	D	E	F	G	H
3/4	0			0	100%	0	
							交付決定差引額
							I
							0

令和6年度 千葉県介護テクノロジー定着支援事業補助金 精算額調書（個票）（ICT）

法人名	0
-----	---

事業所ごとに**オレンジに色付けされたセル**について記入してください。

1つの事業所につき、1シートとする。複数事業所申請の場合は個票シートをコピーすること。

- ※1 事業所Noには総表の事業所Noとリンクさせること。
- ※2 介護予防サービスは、居宅サービス種類に含める（1事業所としてカウント）。施設併設の短期入所サービスは、施設に含める。
- ※3 今まで介護サービス事業所導入支援補助金の交付を受けたことのある事業所は交付額を記載すること。
- ※4 申請月における常勤換算方法により算出された人数区分を選択すること。なお、居宅を訪問してサービスを提供する職員（訪問介護員、居宅介護支援専門員等）及び管理者や生活相談員の職員については、実人数としても可。
- ※5 同じ見積の場合でも導入種類ごとに記入する。
- ※6 種類で②タブレット、インカムを選択した場合は、台数を記入する。
- ※7 見積もりの全体額から割引がある場合は任意の導入機器の補助対象経費から割引額を差し引いて記入する。

事業所No	介護保険事業所番号	事業所名	導入事業所所在地		サービス種別	過年度の補助金交付額	職員数
※1					※2	※3	※4
10							
	導入した機器名等					補助対象経費	補助対象経費
	種類 ※5	製品名	台数 ※6	発注日	支払日	(税抜) ※7	合計A
1							0
2							
3							
4							
5							
6							

補助率	補助基本額 A×補助率（千円未満切捨て）	基準額 C	差引基準額 ※3の金額があれば Cから差し引く D	所要額 BとDを比較して低い方の額 E	交付割合 F	実績報告額 E×F G	交付決定額 交付決定通知の金額を記載 H
	B	C	D	E	F	G	H
3/4	0			0	100%	0	
							交付決定差引額
							I
							0