

## 【記入例】福島県介護支援ロボット導入支援事業 事業実施計画書

法人名	社会福祉法人 ○○福祉会		
法人住所	福島県福島市杉妻町 2 番 16 号		
法人代表者名 (ふりがな)	理事長 ろぼっと 太郎		
施設名	特別養護老人ホーム ○○ホーム		
施設種別	特別養護老人ホーム		
所在地	〒960-8670 福島県福島市杉妻町 2 番 16 号		
連絡先 (必ずご記入ください。)	担当者所属部署 介護部	担当者名	ろぼっと 花子
	TEL 024-521-7164	FAX	024-521-7748
	Mail koureihukushi_shisetsu@pref.fukushima.lg.jp		
ロボット・台数	希望のロボットにチェックし、希望台数をご記入ください。 <input checked="" type="checkbox"/> HAL®腰タイプ ( 2 台) <input checked="" type="checkbox"/> マッスルスーツ®Every ( 2 台) <input checked="" type="checkbox"/> Keipu-Sb ( 2 台) <input checked="" type="checkbox"/> 「移乗です」 ( 2 台) ※複数のロボットを選択いただくことも可能です。また、台数に制限はございません。 ※申込み状況により、ご希望に沿えない場合もございますので予めご了承ください。		
施設平均介護度	4.3	ロボットの合計使用予定時間 (1 日)	8
使用予定介護業務	移乗介護、排泄介護、リネン交換、体位交換		
導入する目的、理由	導入する目的、理由をご記入ください。		
事業参加状況 (あてはまるものに チェックしてください。)	【介護支援ロボット無償貸与事業への参加の有無】 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	【過去の当事業での介護支援ロボット導入経験の有無】 <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> HAL <input type="checkbox"/> マッスルスーツ ) <input checked="" type="checkbox"/> なし		

※「代表者」、「担当者」は、必ず交付要綱、実施要領をご確認ください。

要綱・要領確認者チェック欄	
<input checked="" type="checkbox"/> 施設代表者	<input checked="" type="checkbox"/> 担当者