２０２４年　　月　　日

一般財団法人ふくしま医療機器産業推進機構

理　事　長　様

住　　所

名　　称

代表者名　　　　　　　　　　　　印

ICT等を活用した介護現場生産性向上支援事業　導入支援申請書

　２０２４年度ICT等を活用した介護現場生産性向上支援事業（福島県介護ロボット普及促進事業）における導入支援について、下記のとおり申請します。

記

　　別紙「ICT等を活用した介護現場生産性向上支援事業　導入支援計画書」のとおり

別紙

ICT等を活用した介護現場生産性向上支援事業　導入支援計画書

１　申請者の概要

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 申請者名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| TEL | （　　　　）　　－　　　　 | FAX | （　　　　）　　　－　　　　 |
| MAIL |  |
| 事務担当連絡先 | フリガナ |  |
| 担当者氏　名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| TEL | （ ）　　　－  | FAX | （ ）　　　－  |
| MAIL |  |

２　法人の概要（※下記の項目の記載がある会社パンフレットなどの既存の資料の提出でも構いません。）

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 代表者職・氏名 |  |
| 設立年月日 | 年　　月 | 資本金 | 万円 | 従業員数 | 人 |
| 現在の業種・業務内容・主要製品等 |
|  |
| 沿革 |
|  |

３　福祉機器の名称・金額

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　称 |  |
| 金　　額 | 円（税別）／１台 |
| レンタル価格 | 無償貸与実施施設用（5台を想定）円（税別）／４か月 |
| 養成校用（5台を想定）円（税別）／５か月 |
| 展示用（1台を想定）円（税別）／９か月 |
| 台　　数 | 　　　　　　台　※採択された場合、レンタル可能な台数を記入してください。 |

４　福祉機器の概要

|  |
| --- |
| 1. 【機器の概要（機器の機能、ターゲットとする施設や利用者）について】
2. 【機器の活用による介護従事者の労働環境改善効果について】
3. 【機器の扱いやすさ、使用方法を習得するまでの想定される時間（研修等の必要性など、施設にとっての導入のしやすさ）について】
4. 【機器の安全面について】
5. 【機器の価格面について】
 |

５　福祉機器の画像

使用例などを貼付してください

※　１ページにまとめる必要はありません。適宜枠を拡大してご利用下さい。