

(様式1)

令和〇〇年〇〇月〇〇日

神奈川県知事 殿

「住所」：施設の住所はNG  
「法人(団体)名」：施設の名称はNG

補助事業者 住所 法人の住所  
法人(団体)名 法人名のみ  
代表者氏名 役職+氏名(フルネーム)

令和5年度

令和〇〇年度神奈川県地域医療介護総合確保基金(介護分)事業費補助金交付申請書

このことについて、次のとおり関係書類を添えて申請します。

1 補助事業名 介護ロボット導入支援事業

2 交付申請額 金〇〇〇,〇〇〇円

3 補助金所要額調書 (様式2)

4 事業計画書 (様式3)

5 添付書類

(1) 役員等氏名一覧表(様式1 付表)

(2) 申請者の概要を記した書類

(3) 介護保険法に基づき介護サービス事業所又は施設として指定又は許可を受けた  
ことを証する書類(有効期間内のもの)

(4) 導入するロボットのカタログ等

(5) 見積書の写し

(6) その他知事が必要と認める書類

(7) 当該事業に係る歳入歳出予算書の抄本

(当該補助事業に係る予算額を備考欄に記入すること。)

「様式2:令和5年度神奈川県地域  
医療介護総合確保基金事業費補助  
金所要額調書」における「J欄  
(差引補助金所要額)の合計」

添付書類はすべてデータ提出のみ

「事業所名(介護施設名)」と「担当者名」  
も記入する。  
責任者と担当者が同じ場合はまとめて記載。

【本件責任者及び担当者】

責任者:〇〇部〇〇課 〇〇〇

電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

メールアドレス〇〇〇〇@〇〇〇〇

担当者:〇〇部〇〇課 〇〇〇

電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

メールアドレス〇〇〇〇@〇〇〇〇