

令和5年度川崎市福祉製品導入促進補助金交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 川 崎 市 長

所 在 地

(ふりがな)

企 業 名

(ふりがな)

代表者役職・氏名

[担当者]

(ふりがな)

所 属 ・ 役 職

(ふりがな)

氏 名

TEL

FAX

E-mail

令和5年度において、川崎市福祉製品導入促進補助金に係る次の補助事業を実施したいので、補助金交付要綱第8条第1項の規定により、次のとおり申請します。

〇〇〇〇には導入する製品名をご記入ください。

1 補 助 対 象 事 業 名	〇〇〇〇の導入事業
2 福 祉 製 品 等 の 設 置 場 所 (複 数 の 場 合 主 た る 場 所)	川崎市〇〇〇事業所 2階〇〇室 (川崎市〇〇区〇〇…)
3 事 業 経 費	363,000 円 (別紙2のCと同額)
4 補 助 対 象 経 費 (※事業経費から補助対象外経費を除いたもの)	290,000 円 (別紙2のBと同額)
5 補 助 申 請 額 (※補助対象経費額×補助率：補助限度額を上限)	145 千 円 (※千円未満切り捨て)
6 製 品 導 入 時 期	令和5年〇〇月頃
7 事 業 計 画	別紙のとおり

申請月の翌月以降をご記入ください。

令和5年度川崎市福祉製品導入促進補助金（事業計画）

1 法人概要

法人名	
代表者名	やくしよく しめい 役職・氏名
本店所在地	〒 電話/FAX
設立年月日	年 月 日
資本金(千円)	千円
事業内容	(業種・業務内容等)

2 事業計画

福祉製品等の 名称・導入実績有無 (事業で複数ある場合は希望順位)	希望順位1: ○○○○ (I) 導入実績なし 希望順位2: ○○○○ (II) 導入実績なし
導入場所	川崎市○○○事業所 2階○○室 (川崎市○○区○○…)
試用・試用に代わる説明を受けた日	令和5年○○月○○日
導入目的	(例) ○○○○による高齢者・障害者等の自立支援や介護者等の負担軽減
期待する効果	(例) ・○○○○により、高齢者・障害者等が○○○○することで、身体機能の回復等の自立支援が期待できる。 ・○○○○により、安全に○○○を実施できるようになり、介護者等の負担軽減が期待できる。
購入先(予定) 又は 工事業者名	株式会社○○○○

※必要に応じて、図面・カタログ等、事業内容を説明する資料を添付してください。

当補助事業の目的は「**高齢者・障害者等の自立支援**」及び「**介護者の負担軽減**」であるため、**製品の導入が目的に繋がるものであること**をご記入ください。

3 事業経費

(1) 導入福祉製品等の名称等

(単位：円)

福祉製品名	単価 (税抜)	金額 (税込)
〇〇〇〇 (I)	200,000	220,000
〇〇〇〇 (I) のオプション品	40,000	44,000
〇〇〇〇 (II)	50,000	55,000
合計		A 319,000

(2) 補助対象経費の内訳

(単位：円)

区分	①補助対象経費 (税抜)	②補助対象外経費	③事業経費 (税込)
福祉製品等	250,000	69,000	A 319,000
設置工事費等	40,000	4,000	44,000
その他経費			
合計	B 290,000	73,000	C 363,000

※①補助対象経費=③事業経費-②補助対象外経費 (消費税等)