

第 1 号様式

令和 7 年 8 月 15 日（申請日）

（申請先）

横浜市長

（申請者）

法人所在地 横浜市中区本町 6-50-10

法人名称 ○○○○○

代表者職名 代表取締役

代表者氏名 港 太郎

横浜市ケアプランデータ連携システム導入促進事業補助金交付申請書

横浜市ケアプランデータ連携システム導入促進事業補助金交付要綱の交付を受けた
いので、別紙の書類を添えて申請します。

なお、補助金の交付を受けるにあたっては、横浜市補助金等の交付に関する規則
（平成 17 年 11 月 30 日 横浜市規則第 139 号）及び横浜市ケアプランデータ連携シ
ステム導入促進事業補助金交付要綱を遵守します。

1 補助金交付申請額 100.000 円

（対象経費の 10 分の 10 とし、1,000 円未満の金額は切り捨てるものとします。）

2 申請区分

■ ケアプランデータ連携システム活用のための介護ソフトウェア導入経費

■ ケアプランデータ連携システム活用のためのパソコン等のハードウェアの購入、設
置費等

3 添付書類

(1) ケアプランデータ連携システム導入計画書（第 2 号様式）

(2) 購入予定介護ソフトウェア等の見積書又は既導入の場合、契約書または発注書の写
し（内訳明細が確認できるもの）

(3) 購入予定介護ソフトウェア等の仕様等が確認できる資料

(4) その他市長が定めるもの

第2号様式

ケアプランデータ連携システム導入計画書

1 補助対象経費で導入する介護ソフトウェア等を使用する事業所

※当該事業所以外での使用は認められません。

※申請は事業所単位で行ってください。

介護保険事業所番号	1400000000
事業所の名称	〇〇〇〇〇

2 実施事業の概要

介護ソフトウェア等を導入する目的		例) ケアプランデータ連携システムを導入するため
導入する介護ソフトウェア等		「5 補助対象経費」の通り
ケアプランデータ連携システムの利用開始予定日		2025 年 8 月 25 日
購入の場合	納品予定日	2025 年 8 月 15 日
	支払予定日	2025 年 8 月 15 日
月額利用の場合	利用期間	
	支払予定日	

3 書類作成者連絡先

作成者氏名	神奈川 花子
電話番号	0450000000
電子メールアドレス	xxxxxxxxxx@xxxx

4 申請時点の前提条件の確認（該当する項目を選択。）

- 申請年度から新たにケアプランデータ連携システムの利用を開始予定または開始している。
- ケアプランデータ連携システムの導入後継続的に利用を予定している。

5 補助対象経費

項 目 ※製品ごとに、見積書に記載の製品名、メーカー名、型番などを 記入	金 額 ※税抜きの金額を記載して ください。
製品名 1、メーカー名、型番	80,000 円
製品名 2、メーカー名、型番	30,000 円
	円
	円
	円
合 計 (ア)	110,000 円
補助金交付申請額 (ア又は 10 万円の少ない方の金額を記入してください。) (1,000 円未満の金額は切り捨て)	100,000 円