（第１号様式別添１）

介　護　ロ　ボ　ッ　ト　等　導　入　計　画

　　　　年　　月　　日

報告担当者職・氏名

報告担当者連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 | | |  |
| 介護施設名（事業所名） | | |  |
| 介護サービスの種別 | | |  |
| 介護ロボット等の種別 | | | 移乗支援、移動支援、排泄支援、入浴支援、見守り・コミュニケーション、介護業務支援、機能訓練支援、食事・栄養管理支援、認知症生活支援・認知症ケア支援、ポータブル翻訳機  介護ロボットの製品名・機器の特徴（有効性、安全性能の検証情報（＊））  ＊製造業者又は販売代理店に提供を受け添付すること |
| 介護ロボット等の製品名 | | |  |
| 導入台（セット）数 | | | 台  ※主たる介護ロボット等と一体となって使用されるものを含めて１台とする場合は、使用方法の説明を別途添付すること（任意様式） |
| 購入に要する経費の内訳 | | |  |
| 【事業概要及び導入スケジュール】 | | | |
| 【倫理面への配慮】※ポータブル翻訳機の場合は記載不要です | | | |
| 【介護ロボット等導入により達成すべき目標】 | | | |
| 【介護ロボット等導入により期待される効果等】 | | | |
| 国・県からの  助成の有無 | □　無  □　有 | ※有の場合  □　国・県から助成を受けた機器又は受ける予定の機器ではない | |

（Ａ４）