

(別紙1)経費所要額調書

令和8年度通所介護事業所等多機能化推進事業補助金経費所要額調書							
申請日		令和8年9月1日		法人名称		こばとん	
事業所概要							
介護保険事業所番号		000000000000		事業所名称		こばとん	
所在地	都道府県名	住所		連絡先	電話番号	担当者名	
	埼玉県	〇〇市〇〇〇-0-0			000-0000-0000	こばとん	
事業実施地域(※)		〇〇市、〇〇町				定員	20 人

※ 特別地域加算等の対象地域が含まれていることが原則です。(地域の詳細は県ホームページをご確認ください。)

誓約事項

訪問機能を導入することについて法人内で合意形成が出来ている	✓
-------------------------------	---

支出予定額

	補助上限額	申請額
	1,620 千円	1,520 千円

【訪問機能の導入に係る費用】

科目	所要額(円) (税抜き)	内訳(用途・品目・数量等)
(1)訪問機能の導入に係る費用(上限150万円)		
新たに訪問介護員等を配置するために必要な採用に係る費用や、初任者研修の受講に係る費用	1,000,000	求人費用、初任者研修受講費用 ※ 見積書等のご提出をお願いします。
事業所のホームページの改修や、地域住民等への広告に係る費用	500,000	ホームページ改修、広報費用 ※ 見積書等のご提出をお願いします。
電動自転車やユニフォーム等の必要備品の購入費用		
その他経費		
小計	1,500,000	※ 千円以下切捨て(自動計算)
(2)訪問機能導入後の一定期間の経営安定化の支援に係る経費(訪問1回あたり1,000円) ※導入後6か月間を上限として、訪問回数が300回/月に達するまでの期間		
以下の要件に該当している場合、当該経費を申請可能です。別途様式をご案内しますので、高齢者福祉課へご相談ください。 ・令和8年4月以降に訪問機能を導入した通所介護事業所等 ・令和8年4月時点で訪問介護の導入から6か月経過しておらず、訪問回数も300回/月に達していない通所介護事業所等		
(3)訪問機能の導入にあたってのアドバイザー費用(上限12万円)		
アドバイザー費用	20,000	訪問介護事業所の管理者へのアドバイザー依頼費用
(1)、(3)合計	1,520,000	※ 千円以下切捨て(自動計算)

(注)申請額は、補助上限額と所要額を比較していずれか低い方の額が入力される。

振込銀行口座情報

住所			
〒	111	－	1111
〇〇市〇〇〇-〇-〇			
法人名	こばとん		
代表者 役職名	代表取締役	氏名	こばとん

※1 上記は国庫金振込通知書の発送先となります。

振込先口座(注意:国庫金を取り扱っていない銀行には振込できません)

カナ口座名義(法人名) ※通帳に表記されているカナ口座名義を記入		コバトン			
-------------------------------------	--	------	--	--	--

ゆうちょ銀行以外の金融機関

金融機関名	〇〇	銀行	支店名	〇〇	支店
金融機関コード ※“0”を省略せずに 必ず4桁で記入	0000		店舗コード ※“0”を省略せずに 必ず3桁で記入	000	
預金種類 ※普通預金、当座預金、 別段預金のいずれかを 記入	普通預金		口座番号 ※必ず7桁で記入。7桁未 満の場合は、頭に“0”を 付けて 7桁にすること。	0000000	

ゆうちょ銀行(通帳に表記されている記号5桁及び番号8桁を記入)

例)記号 12340-1 → 234 の部分を記入(1桁目の1と5桁目の0は固定なので記入不要、-1は記入不要)
番号 12345671 → 1234567 まで記入(8桁目の1は固定なので記入不要)

ゆうちょ銀行	店名				店番	
	口座番号				預金種目	
	記号	1		0		
	番号					1

上記、銀行口座についての問い合わせ先

担当者 役職名	管理者	氏名	こばとん
電話番号	000-0000-0000		
メール アドレス	000@0000000		

事業所・施設別申請額一覧

このシートは個票の内容が自動で転記されます。

[illegible]