**福島県介護ロボット普及促進事業　事業実施計画書**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 | 社会福祉法人　○○福祉会 |
| 法人住所 | 福島県福島市杉妻町2番16号 |
| 法人代表者名（ふりがな） | 理事長　　 |
| 施設名 | 特別養護老人ホーム　○○ホーム |
| 施設種別 | 特別養護老人ホーム |
| 所在地 | 〒960-8670福島県福島市杉妻町2番16号 |
| 連絡先（必ずご記入ください。） | 担当者所属部署介護部 | 　　 |
| TEL　024-521-7164 | FAX　024-521-7748 |
| Mail　 koureihukushi\_shisetsu@pref.fukushima.lg.jp |
| ロボット・台数 | 希望のロボットにチェックし、希望台数をご記入ください。☑　HAL®腰タイプ　　　　　　　　　　　　　　　 （　　　　2台）☑　マッスルスーツ®Every 　　　　 　　　　 　　　 （　　 　 2台）☑　マッスルスーツ®GS-BACK　　 　　　　 　　　 （　　 　 2台）☑ Keipu-Sb　　　　　　　　　　　　　　　 　　 （　　　　2台）☑ 「移乗です」　　　 　　　　　 　　　　　　　 （　　 　 2台）**※複数のロボットを選択いただくことも可能です。また、台数に制限はございません。****※申込み状況により、ご希望に沿えない場合もございますので予めご了承ください。** |
| 施設平均介護度 | 4.3 | ロボットの合計使用予定時間（1日） | 8 |
| 使用予定介護業務 | 移乗介護、排泄介護、リネン交換、体位交換 |
| 導入する目的、理由 | 導入する目的、理由をご記入ください。 |
| 事業参加状況（あてはまるものにチェックしてください。） | 【 介護ロボット無償貸与事業への参加の有無 】☑ あり　　□なし　　 |
| 【過去の当事業での介護ロボット導入経験の有無 】□あり（□HAL　□マッスルスーツ）　　☑ なし |

※「代表者」、「担当者」は、必ず交付要綱、実施要領をご確認ください。

|  |
| --- |
| 要綱・要領確認者チェック欄 |
| ☑　施設代表者 | ☑　担当者 |