

介護労働者設備等整備モデル奨励金介護福祉機器設置・整備申告書

申請事業主名称 _____

導入事業所名称 _____

介護福祉機器の設置・整備場所及び当該機器の用途については、以下のとおりです。

①導入機器・台数	②設置・整備場所	③導入機器の用途

- 1 この表に基づき、必要に応じて、導入機器の現地確認をさせていただきますので、導入事業所ごとに詳細に記入して下さい。
- 2 ③の用途については、導入機器を使用する業務内容について、次の観点から具体的に記載して下さい。
 - (1) どのような作業と要介護者(残存能力や障害の程度)の場合に、
 - (2) 何人の介護労働者で、
 - (3) どの介護福祉機器をどのように使用するか。

介護労働者設備等整備モデル奨励金支給申請書

介護労働者設備等整備モデル奨励金の支給を受けたいので、以下のとおり申請します。 平成 年 月 日						
労働局長 殿	事業主 住所 〒					
	又は 名称					
	代理人 氏名	印				
代理人が申請する場合は、上欄に代理人の記名押印等を、下欄に介護労働者設備等整備モデル奨励金の支給に係る申請事業主の住所、名称及び氏名の記入（押印不要）を、社会保険労務士法施行規則第16条第2項に規定する提出代行者又は同令第16条の3に規定する事務代理者たる社会保険労務士が申請する場合は、上欄に申請事業主の記名押印等を、下欄に社会保険労務士の記名押印等をして下さい。						
事業主又は		住所 〒				
社会保険労務士		名称				
(提出代行者・事務代理者) 氏名		印				
①申請事業者の主たる事業所の雇用保険適用事業所番号		— —				
②希望する振込金融機関		(フリガナ) 取引金融機関店舗名		銀行(信用金庫)		(本)支店
(フリガナ) 口座名義			口座の種類	口座番号		
③導入・運用計画の期間		平成 年 月 日 から		平成 年 月 日 まで		
④認定年月	平成 年 月 日		⑤認定番号			
⑥支給申請額等	(1)介護労働者設備等整備モデル奨励金受給済額の合計					円
	直近の支給決定日					平成 年 月 日
	(2)介護労働者設備等整備モデル奨励金受給限度額(250万-(1)の額)					円
	(3)今回の対象経費確定額(イ+ロ+ハ+ニ)					円
	イ 介護福祉機器の購入又は賃借額 (様式第6号別紙1のとおり)					円
	ロ 介護福祉機器の設備の導入に不随する工事費の額 (様式第6号別紙2のとおり)					円
ハ 保守契約の費用の額 (様式第6号別紙2のとおり)					円	
ニ 介護福祉機器の使用を徹底するための研修に要した費用の額 (様式第6号別紙3のとおり)					円	
(4)基準額((3)の額×1/2)(250万を超える時は250万と記入)					円	
(5)支給申請額((4)の額が(2)の額を超える時は(2)の額を記入)					円	
⑦使用状況について	導入機器を転用、譲渡、売却、解約又は改造したことがある					はい・いいえ
	正当な理由なく、機器等の一部又は全部を設置していない又は設置するも恒常的に使用していない					はい・いいえ
	適正な使用や管理を怠ったことにより導入機器が使用不可能となっている					はい・いいえ
	導入機器が計画とは異なる事業所に導入されている					はい・いいえ
⑧国・地方公共団体等からの補助金等受給の有無			有 () ・ 無			
⑨過去3年以内に偽りその他不正の行為により、雇用保険法第4章の規定により支給される給付金の支給を受け、又は受けようとしたことの有無					有 ・ 無	
⑩導入・運用計画書の提出日の翌日から支給申請日までの雇用保険被保険者の事業主都合の離職の有無					有 ・ 無	
⑪申請書作成担当者				電話番号		
社会保険労務士記載欄	作成年月日		電話番号			
	提出代行・事務代理者の表示					
※処理欄	受理年月日	平成 年 月 日		支給決定日	平成 年 月 日	
	支給決定金額	円		支給決定番号	第 号	
	備考					
※決裁欄	局長	部長	課長	課長補佐	係長	担当

(注)記載に当たっては、裏面の記入上の注意を必ずご覧下さい。なお、※欄は記入しないで下さい。

様式第7号（注意書き）

（提出上の注意）

- この申請書は、導入・運用計画期間の末日の翌日から起算して1ヶ月以内に、申請者の主たる事業所（通常本社）の所在地を管轄する都道府県労働局職業安定部介護労働者設備等整備モデル奨励金担当係（以下、労働局担当係）あてに提出して下さい。なお、この申請書は労働局の管轄下にある公共職業安定所（ハローワーク）に提出できる場合がありますので、労働局にお問い合わせ下さい。また、提出期間を過ぎると支給申請することができなくなりますのでご注意下さい。
- 支給申請書には次の(1)～(12)の書類を添付して下さい。
 - 「介護労働者設備等整備モデル奨励金導入・運用計画（変更）認定通知書（様式第1号）」（写）
 - 「介護労働者設備等整備モデル奨励金介護福祉機器設置・整備申告書（様式第2号）」（写）
 - 「介護労働者設備等整備モデル奨励金介護福祉機器販売・賃借証明書（様式第9号）」
 - 導入・運用計画書等の提出時に「介護労働者雇用管理責任者」として選任された者に変更があった場合で、その変更となった者を書面により周知している場合は、その書面（写）
 - 導入した介護福祉機器の内容が明らかにされた次のイからハに掲げる書類
 - 売買契約書（写）又は賃借契約書（写）、保守契約を締結した場合は保守契約書（写）及び当該動産を確定するための資料
 - 導入した事業所内で撮影した介護福祉機器の写真（1台ずつ全体像と製造番号が判別できるもの）
 - 当該導入・運用計画に基づく導入の実施内容が確認できる書類
 - 導入した介護福祉機器の使用を徹底するための研修及び腰痛予防の講習について、実施日、受講者数、研修（講習）内容が確認できる資料
 - 導入に要した費用及び研修に要した費用の支払いを証明する書類（写）
 - 導入効果を把握するために行った職員へのアンケート調査等の書類の一例（実際に記入した書類）
 - 労働者の過半数を代表する者を証明する「労働者代表選任届」及び「委任状」（様式例参照）
 - 基準期間中に申請事業主が雇用しなくなった雇用保険一般被保険者の氏名、離職年月日、離職理由等が明らかにされた労働者名簿等（写）（導入・運用計画書の提出時に提供したものを除く。）
 - 事業実態を確認する次のイ及びロに掲げる書類
 - 総勘定元帳（写）（現金科目及び預金科目に限る。）
 - 預金通帳（写）
 - その他管轄労働局長が必要と認める書類
- 支給・不支給の決定に係る審査の必要に応じ、上記2の種類の原本の提出又は提示をしていただくほか、介護福祉機器の現地確認をさせていただくことがあります。

（記入上の注意）

- ②欄には、奨励金の振込みを希望する金融機関の口座（口座振込の可能な金融機関の種別については、労働局担当係にお問い合わせ下さい。）について記入して下さい。なお、当該口座は、申請者名義の口座であり法人の場合は当該企業名等を併せて登録している口座であることが必要です。（書ききれない場合は、別紙又は余白をご利用下さい。）
- ③、④及び⑤欄には、導入・運用計画の期間及び認定日（変更申請をした場合も、当初の認定日。）、認定番号（変更申請をした場合も、当初の認定番号。）を記入して下さい。
- 過去に介護労働者設備等整備モデル奨励金を受給したことがある場合は、⑥欄(1)に受給済額の合計及び直近の支給決定日を記入して下さい。(2)の受給限度額には、本奨励金の支給限度額である250万円から(1)の受給済額を引いた額を記入して下さい。(3)の対象経費確定額には、イ～ニ欄の合計額を記入して下さい。(4)の基準額には、(3)の対象経費確定額に1/2を乗じた額を記載して下さい。(1円未満切り捨て)なお、1/2をかけた額が、250万を超える場合は、本奨励金の上限額である250万を記載して下さい。(5)の支給申請額には、(4)の基準額が(2)の受給限度額を超える場合は(2)の受給限度額を、受給限度額よりも少ない場合は、(4)の基準額を記入して下さい。
- ⑦欄については、導入機器の使用状況について確認のうえ、はい又はいいえに○をつけて下さい。
- 支給申請日において国・地方公共団体、特別の法律に基づいて設立された法人等からの補助金、助成金等を受給している（予定を含む。）この助成金等の対象とならないことがあります。⑧欄には、受給の有無及び受給している（予定を含む。）補助金等のすべてについてその名称を記入して下さい。
- ⑩欄には、導入・運用計画の提出日の翌日から支給申請日までの間に、申請者が事業主都合の雇用保険被保険者（短期雇用特例被保険者及び日雇労働被保険者を除く。）の離職を出したことの有無を記入して下さい。
- ⑪欄には、この申請書の作成担当者を記入して下さい。労働局から記載内容について問い合わせることがありますので内容を了解している者として下さい。

（書類等の保管）

奨励金の支給を受けた事業主は、奨励金の申請に当たって提出した書類等について、当該奨励金等の最後の支給日の属する年度から起算して5年間整理保管することとされています。また、これらの書類等について都道府県労働局より提示、提出を求められたときは、速やかに提示又は提出下さい。この求めに応じていただけない場合、雇用保険法又は介護労働者の雇用管理の改善等に関する法律の規定に基づき罰せられることがあります。

（奨励金の支給を受けるためには、以下のような条件が定められています。その他の条件等の詳細については、労働局担当係にお問い合わせ下さい。）

- 導入・運用計画書の提出日の6ヶ月前の日から支給申請書の提出日までの間（以下「基準期間」という。）において、事業主が雇用する被保険者（短期雇用特例被保険者及び日雇労働被保険者を除く。）を解雇等事業主都合で離職させた事業主でないこと。
- 基準期間において、3人を超え、かつ、雇用保険被保険者数の6%に相当する数を超えた特定受給資格者となる離職を出した事業主でないこと。
- 奨励金の支給を行う際に、導入事業所において成立する保険関係で、前々年度より前の年度に係る労働保険徴収法第19条第1項第1号の一般被保険料の滞納がないこと。
- 過去3年以内に偽りその他不正行為により、雇用保険法第4章の規定により支給される給付金の支給を受け、又は受けようとした事業主でないこと。
- 過去に、支給を受けた奨励金の累計額が、上限額（250万円）に到達した場合は、当該奨励金に係る管轄労働局長が行った最後の支給決定をした日の翌日から起算して3年を経過していること。ただし、奨励金の上限額に到

達するまでは、当該支給決定後の期間に関わらず、申請を行うことができる。
(6)労働関係法令を遵守していること。

介護労働者設備等整備モデル奨励金導入・運用計画対象経費内訳書【支給申請時】

平成 年 月 日

介護福祉機器を導入した事業所は以下になります。

申請事業主名称 _____

① 導入に 係る 事業 所	(1) 名称		(2) 事業内容			
	(3) 所在地 (〒 _____)			(TEL _____)		
	(4) 雇用保険適用事業所番号					
	(5) 事業所の代表者の役職及び氏名					
	(6) 当該事業所の被保険者数		人	(7) 介護関係業務に携わっている者		人
	(8) 当該事業所の利用者数		人			
	(9) 介護雇用管理責任者氏名				(10) 周知方法	
	(11) 選任した日				(12) 周知を開始した日	
② 導入した 介護 福祉 機器	(1) 介護福祉機器を購入した場合					
	a. 品目	b. 購入単価	c. 台数	d. 支払額	e. 支払先	f. 支払完了日
	(2) 介護福祉機器を賃借した場合					
	a. 品目	b. 賃借料	c. 台数	d. 支払額/月分	e. 賃借先	f. 賃借期間及び支払完了日
	イ. 支払額合計				円	

③ 工 事 費	a. 工事費額及びその積算	b. 施工業者	c. 工事期間	
	ロ. 工事費額の合計 円			
④ 保 守 契 約	a. 保守契約を締結した機器・台数	b. 契約料	c. 契約先	d. 契約期間
	ハ. 保守契約料合計 円			

様式第7号 別紙3

	a. 実施年月日	b. 研修名・内容	c. 費用及び積算	d. 研修の実施団体名
⑤ 使用の徹底を図るための研修				
	ニ 研修費		円	

合計額 (イ + ロ + ハ + ニ) 円

様式第7号別紙（注意書き）

（記入上の注意）別紙については、導入事業所ごとに内容を記載し、様式第7号とともにご提出下さい。

1 ①には、介護福祉機器を実際に導入した事業所の名称、事業内容、所在地、雇用保険適用事業所番号、代表者役職及び氏名、雇用保険一般被保険者数、雇用保険一般被保険者数のうち実際に介護関係業務に携わっている者の数、当該事業所の利用者数、介護雇用管理責任者の氏名、選任年月日、介護雇用管理責任者の事業所内での周知方法、周知開始日を記入して下さい。

2 ②については、実際に要した介護福祉機器の費用等を記載して下さい。なお、本奨励金の対象となる介護福祉機器の範囲は以下のとおりです。

(1) 移動用リフト

なお、移動用リフトの導入時に、当該移動用リフトの稼働に必要なものとして、同時に購入等した吊り具(スリングシート)を含む。

(2) 自動車用車いすリフト

(3) 立位補助機(スタンディングマシーン)

(4) ベッド(傾斜角度又は高さが調整できる機能を有するものに限る。)

(5) 座面昇降機能付車いす

(6) 特殊浴槽(移動用リフトと一体化しているもの、移動用リフトが取り付け可能なもの又は側面が開閉可能なものに限る。)

(7) ストレッチャー(入浴用に使用するものを含む。)

(8) シャワーキャリー

(9) 昇降装置(人の移動に使用するものに限る。)

(10) その他腰痛予防の効果が特に高いと考えられるもの

※なお、前項に該当する機器であっても次の(1)から(13)に該当する場合は奨励金の対象となりません。

(1) 事業主が私的目的のために購入した機器

(2) 事業主以外の名義の機器

(3) 現物出資された機器

(4) 商品対価

(5) 原材料

(6) 取得するも解約あるいは第三者に譲渡した機器

(7) 支払い事実が明確でない機器

(8) 国外において導入される機器

(9) 資本的及び経済的関連性がある事業主間の取引による機器

(10) 配偶者間、1親等の親族間、法人とその代表者間若しくは代表者の配偶者間、代表者の1親等の親族間又は法人とその取締役間若しくは同一代表者の法人間の取引による機器

(11) 管轄労働局が行う現地調査において、その存在が確認できない機器

(12) 併給調整がなされる助成金等の支給に係る機器

(13) 長期(1年以上)にわたり反復して更新することが見込まれない契約により賃借した機器

3 ②-①については、aの欄には、導入した介護福祉機器の商品名等、bの欄には、購入単価(10万未満のものについては対象とはなりません。)、dの欄には、計画期間に実際に支払った額(計画期間を超える分割払いのため、期間内に支払いが完了しない場合にあつては、計画期間内の最後の支払いをもって、支払いが完了したものとみなします。また、手形又は小切手による支払いの場合にあつては、決済が完了したものに限りです。)、fの欄には、支払完了日を記載して下さい。

4 ②-②については、aの欄には、導入した介護福祉機器の商品名等、bの欄には、賃借料(年額か月額かわかるように記載して下さい)、dの欄には、計画期間に実際に支払った額(計画期間を超える賃借のため、期間内に支払いが完了しない場合にあつては、計画期間内の最後の支払いをもって、支払いが完了したものとみなします。当該欄には、何ヶ月分の支払いかわかるよう記載して下さい。)、fの欄には、計画期間内において実際に賃借した期間及び支払完了日を記載して下さい。賃借料については、計画期間内において、実際に賃借した期間の賃借料(支払いが完了している分に限る)の1/2を助成します。また、賃借については、奨励金の支払を受けた後も引き続き行うことが必要です

5 ②のイの欄は、購入額の合計と賃借額の合計を足した額を記載して下さい。

6 ③には、②の介護福祉機器の導入に付随する工事費について、費用の内訳や合計額を記載して下さい。

7 ④には、メンテナンスについて、保守契約を締結した場合は保守契約料や契約先等を記載して下さい。

8 ⑤には、導入機器の使用を徹底するための研修について、実施年月日、研修名・内容、費用、実施団体名等を記載してください。

介護労働者設備等整備モデル奨励金 介護福祉機器導入効果報告書

平成 年 月 日

申請事業主名称 _____

以下の導入事業所に係る導入効果を報告いたします。

導入事業所名称 _____
所在地 (〒 _____) _____
雇用保険適用事業所番号 _____

導入した介護福祉機器	台数

1. 介護福祉機器(以下「機器」という。)の使用を徹底するために行った事項

(1) 機器の保守契約を締結した場合

ア 保守契約の締結年月日 平成 年 月 日 _____

イ 保守契約の相手方の企業等名 _____

ウ 保守契約期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 _____

エ 保守契約料 _____

(注) 保守契約を締結した場合は、保守契約書の写しを添付すること。

保守契約を締結しなかった場合は、事業所内でどのような保守管理(メンテナンス)を行ったかを記入して下さい。

(2) 機器の使用の徹底を図るための研修の受講

実施年月日	研修の名称及び実施団体	内 容	参加人数(人)

(注) 研修について、実施日、受講者数、研修内容が確認できる資料を添付すること。

(3) 使用方法等を職場内に伝達するためのシステムの構築とその運用状況

--

(4) 腰痛予防の講習

実施年月日	講習の名称及び実施団体	内 容	参加人数(人)

腰痛を予防・防止するため、講習の他に講じた取組がありましたら、以下にご記入下さい。

--

(注) 講習について、実施日、受講者数、講習内容が確認できる資料を添付すること。

2. 機器の使用の徹底を図る際に生じた課題

--

3. 2を踏まえての対応

--

4. 導入効果の把握の実施内容について

(1) 実施状況

	対象人数(人)	実施(日)期間	実施方法(アンケート、ヒアリング等)	回収率(アンケート等の場合)		
				(A: 回収人数)	(B: 対象人数)	(回収率(A/B)×100)
導入前				人	人	%
導入後				人	人	%

(注1) 導入効果の把握を行う対象については、介護福祉機器を使用する部署に所属する労働者のみでなく、導入事業所において介護関係業務に携わっている者すべてに行うこと。

(注2) 導入効果を把握するために行った職員へのアンケート調査等の書類の一例(実際に記入した書類)を添付すること。

(2) 実施結果

		a: 導入前(人)	b: 導入後(人)	改善率(%)
①	介護関係業務に携わっている者			—
②	腰痛の症状がある職員数 (うち、医療受診している者)	ア ()	イ ()	ウ ()
③	機器の導入前、 身体的負担が大きいと感じている職員数	エ	—	—
④	機器の導入後、上記③のうち、 身体的負担が減少したとする職員数	—	オ	カ

(注) ウ=イ/ア×100、 カ=オ/エ×100

5. 導入・運用期間終了時の評価(導入事業所の労働者の過半数代表者が記入して下さい。)

【労働者代表記入欄】

6. 導入・運用証明欄(導入事業所の労働者の過半数代表者が記入して下さい。)

上記申請事業主は、本報告書の記載どおり介護福祉機器を導入し、運用に係る取組を行ったことを証明します。

代表者氏名 _____ 印

(注) 労働者の過半数を代表する者を証明する「労働者代表選任届」及び「委任状」を添付すること。

(労働局記入欄)

受理年月日	平成 年 月 日					
評価1				支給 ・ 不支給		
評価2						
支給決定年月日	平成 年 月 日			支給決定番号	第	号
備考						
決裁欄	局長	部長	課長	課長補佐	係長	担当

介護労働者設備等整備モデル奨励金介護福祉機器販売・賃貸証明書

下記事業所の設置・整備に係る介護福祉機器を販売又は賃貸したことを証明します。

労働局長 殿

1 証明者 (販売又は賃貸を行った者)	証明年月日	平成	年	月	日	
	(フリガナ)					
	氏名					印
	(証明者が法人の場合は、主たる事業所の所在地、法人の名称、代表者の氏名を記入。)					
住所 (〒) (Tel)						
証明書作成担当者		所属 (部課)				
		氏名				
2 導入事業主 (販売又は賃貸の相手方)	(フリガナ)					
	氏名					
	(事業主が法人の場合は、主たる事業所の所在地、法人の名称、代表者の氏名を記入。)					
住所 (〒) (Tel)						
3 販売に係る証明	物品等の名称 (製品番号)		販売価格		単位：円	
	合計額		円			
4 賃貸に係る証明	(賃貸の場合) 賃貸借契約期間	平成	年	月	日	
	(賃貸の費用) 年額又は月額	平成	年	月	日	
		円 (うち受領済額 円)				
5 導入事業所及び搬入場所	住所 (〒) (Tel)					

<p>[導入事業主記載欄]</p> <p>6 1の証明者との関係等 (該当する選択肢に○)</p>	<p>イ 1の証明者との関係において、</p> <p>(イ) 発行済株式の総数又は出資の総額に占める所有株式数又は出資の割合が、50%を超える。</p> <p>(ロ) 取締役会の構成員について、代表取締役が同一人物であるか、又は取締役を兼務している者が過半数を超える。</p> <p>(ハ) (イ)、(ロ)のいずれにも該当しない。</p> <p>ロ 当該不動産に係る取引について</p> <p>(イ) 配偶者間の取引、又は1親等の親族間の取引である。</p> <p>(ロ) 法人とその代表者間若しくは代表者の配偶者間、代表者の1親等の親族間又は法人とその取締役間取引である。</p> <p>(ハ) 同一代表者の法人間の取引である。</p> <p>(ニ) (イ)から(ハ)のいずれにも該当しない。</p>
---	---

様式第9号 (注意書き)

この証明書は、販売店ごと又は一契約ごとに、1枚ずつ提出してください。

なお、資本的及び経済的関連性がある事業主間の取引及び親族間等の取引による機器については、対象とはなりません。

様式例

介護労働者雇用管理責任者選任（変更）届

平成 年 月 日

_____ 労働局長 殿

事業主 住 所 〒
名 称
職・氏名

印

このたび、当事業所では、下記の者を介護労働者雇用管理責任者として選任（変更）いたしましたので報告いたします。

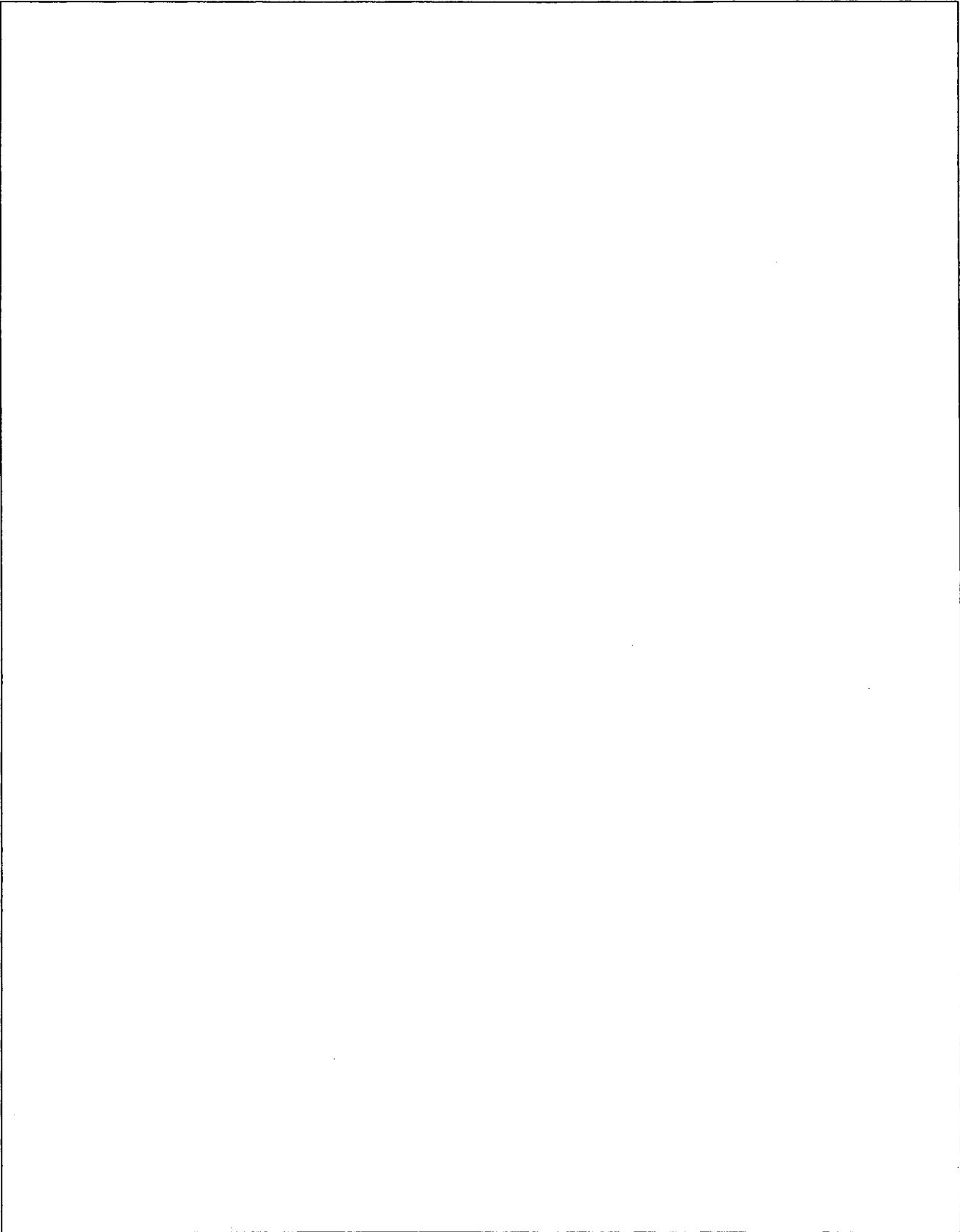
選任した者の氏名	(所属部課・役職名)
選任（変更）年月日	平成 年 月 日
選任（変更）方法	・辞令等の書面 ・口頭 ・その他（具体的に)

※選任（変更）方法については、該当するものに○を付すこと。その他に該当する場合は具体的な方法を括弧内に記入すること。

なお、介護労働者雇用管理責任者の周知については、下記により行っていることを併せて報告いたします。

周知を開始した年月日	平成 年 月 日
周知方法	・事業所内掲示 ・書類等の手交 ・その他（具体的に)
周知内容	・介護労働者雇用管理責任者氏名 ・介護労働者雇用管理責任者の役割 ①介護労働者の雇用管理の改善等に関する事項について、事業主の指示に基づき必要な措置を検討し、実施すること。 ②介護労働者の労働条件等の雇用管理に関し、介護労働者の相談に応ずること。

※周知方法については、該当するものに○を付すこと。その他に該当する場合は具体的な方法を括弧内に記入すること。



委任状

平成 年 月 日

事業主 住所 〒

名称

氏名

印

私は、下記2の者を代理人と定め、下記1に規定する権限を委任する。

記

1 権限

年 月 日に開始する介護福祉機器の導入・運用に係る介護労働者設備等整備モデル奨励金導入・運用計画の認定及び変更並びに介護労働者設備等整備モデル奨励金の支給に係る事務に関する一切の権限（ただし、奨励金の代理受領を除く。）

2 代理人

住所 〒

氏名

代理人が使用する印鑑

印

注：奨励金の支給申請の際には、申請窓口に委任状の写しを提出して下さい。

労働者代表選任届

平成 年 月 日から平成 年 月 日までの介護労働者設備等整備モデル
奨励金の導入・運用計画期間に、事業主が行った介護福祉機器の導入・運用に
係る取組の証明に関する事項について(株)〇〇〇〇×××事業所の過半数以上の
労働者の同意を得て、〇〇〇〇を労働者代表として選任されたことを届けます。

1 選任年月日 平成 年 月 日

2 労働者

別紙「委任状」のとおり労働者代表 _____ 他 _____ 名

平成 年 月 日

株式会社
代表取締役

㊟

労働者代表

職・氏名 _____ ㊟

委 任 状

(株)〇〇〇〇×××事業所の労働者は、_____を労働者代表とすることに同意し、平成 年 月 日から平成 年 月 日までの介護労働者設備等整備モデル奨励金の導入・運用計画期間に事業主が行った介護福祉機器の導入・運用に係る取組について証明する権限を委任します。

労働者氏名	確認印	労働者氏名	確認印

(注)
 必ず各労働者の自筆による署名、捺印を取ってください。

1 3 社会福祉法人の合併事例について

社会福祉法人の合併事例について (事例1 : 岩手県)

1 合併種別	吸収合併	
2 対象法人の状況	合併前	合併後
	<div data-bbox="555 434 871 629" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・法人A (H3. 8. 1 設立登記) ・法人B (H9. 8. 1 設立登記) </div> <div data-bbox="890 456 995 584" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">➔</div> <div data-bbox="1011 456 1353 584" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・法人A (H19. 9. 3 合併登記) </div> <div data-bbox="555 674 1353 846" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※ 知的障害者福祉施設を設置経営する「法人A」と精神障害者福祉事業を設置運営する「法人B」の2法人が合併。 (事業規模の大きい法人Aが法人Bを吸収)</p> </div>	
3 実施事業の状況	<div data-bbox="528 891 895 1160" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>(旧法人A)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・知的障害者授産施設 (定員 50 人、20 人) ・知的障害者福祉工場 (定員 30 人) </div> <div data-bbox="528 1205 895 1541" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>(法人B)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者生活訓練施設 (定員 20 人) ・精神障害者授産施設 (定員 20 人) <p>ほか、相談支援事業等を実施</p> </div> <div data-bbox="555 1592 1353 1832" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※ 就労継続支援(A型・B型)については、3 障害全てが対象。 ※ 知的障害者授産施設、精神障害者生活訓練施設については、21 年度以降、順次、障害者自立支援法の新体系に移行予定。</p> </div>	<div data-bbox="986 943 1353 1496" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>(法人A)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・知的障害者授産施設 (定員 50 人、20 人) ・就労継続支援(A型・B型) (旧知的障害者福祉工場、 精神障害者授産施設) (定員 30 人、20 人) ・精神障害者生活訓練施設 (定員 20 人) <p>ほか、相談支援事業等を実施</p> </div>

4 合併の経緯	<ul style="list-style-type: none"> ○ それぞれ単独で知的障害者福祉事業及び精神障害者福祉事業を行う2法人が、障害者自立支援法が目指す3障害の一体的サービス提供を効果的に実現するため合併。 ○ 従来から、複数の理事が双方の法人の理事を兼任していたという事情があり、これらの理事が中心となって合併協議が進められた。 ○ また、障害者自立支援法による新しい制度のもと、持続可能な法人運営のあり方を検討する必要があり、経営の効率化や人事交流による職員の資質の向上などを図る観点からも合併が進められた。
5 合併の効果	<ul style="list-style-type: none"> ○ それぞれ単独で知的障害者福祉事業及び精神障害者福祉事業を行う2法人が、<u>障害者自立支援法が目指す3障害の一体的サービス提供を効果的に実現することが可能となった。</u> ○ また、障害者自立支援法による新しい制度のもと、持続可能な法人運営という観点から、<u>スケールメリットを活かした共通資材等のコスト縮減等による経営の効率化や人事交流による職員の資質の向上などを図ることが可能となった。</u>(※) <p>(※具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 事務機器や食材、燃料費など、各施設で共通する諸経費について、可能な範囲で納入業者を一本化することにより、納入量の増加に伴い、納入単価の低減が可能となった。 ・ 全体の職員数が増加したことにより柔軟な職員配置が可能となり、施設ごとの利用者等の実情に応じた重点的な職員配置が可能になった。また、施設の行事や緊急時等、一時的な人手を要する場合にも、他の施設からの協力を得ることにより円滑な対応が可能となった。 ・ 法人全体での合同研修等を通じ、個々の職員が幅広い知識や刺激を得てスキルアップが図られるとともに、良い意味での職員間での競争意識が生まれ、資質の向上に繋がった。
6 その他特記事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 合併時の役員構成 <ul style="list-style-type: none"> ・ 理事10人（9人から10人に定数増（旧法人A理事9人に加え、法人Bの理事1人を追加） ・ 監事2人は異動なし

社会福祉法人の合併事例について（事例2：北九州市）

1 合併種別	吸収合併	
2 対象法人の状況	合併前	合併後
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 40%;"> <p>・法人A (S53. 8. 22 設立登記)</p> <p>・法人B (H13. 9. 13 設立登記)</p> </div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">➔</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 40%;"> <p>・法人B (H19. 9. 3 合併登記)</p> </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> <p>※ 養護老人ホームを設置経営する「法人B」と特別養護老人ホームを設置経営「法人A」の2法人が合併。(法人Bが法人Aを吸収)</p> </div>	
3 実施事業の状況	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>(旧法人B)</p> <p>・養護老人ホーム (定員 80 人)</p> </div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">➔</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>(法人B)</p> <p>・養護老人ホーム (定員 80 人)</p> <p>・特別養護老人ホーム (定員 125 人)</p> </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> <p>※合併前後で実施事業に変更なし。</p> </div>	
4 合併の経緯	<ul style="list-style-type: none"> ○ 法人Bは、経営している養護老人ホームの利用者の要介護度が上がり、養護老人ホームでは対応が困難になる事例が増えていたことから、特別養護老人ホームの経営を行う必要性を感じていた。 ○ 一方、法人Aが経営する特別養護老人ホームが、将来の改修等のため耐震診断を行った結果、耐震構造に問題があり、建物全体の安全性が確保できないということが判明。 ○ 更に、自力で代替施設を建設することも困難であったため、法人Aが合併先の募集を行い、これに法人Bが応募。 ○ 法人Bが法人Aの一切の権利義務を引き継ぐ旨を提案し、法人Aがこれに合意をしたため、今回の吸収合併に至った。 	

5 合併の効果	○ 法人Aが経営していた特別養護老人ホームについて、 <u>改修等のための費用を捻出することが可能となり、一部ユニット型の特別養護老人ホームに建て替えることができた。</u> (現在建設中)
6 その他特記事項	○ 合併時の役員構成 <ul style="list-style-type: none"> ・理事6人(旧法人Bの理事6人がそのまま就任(法人Aの理事は全員辞任)) ・監事2人は異動なし