

豊中市ケアプランデータ連携システム導入助成金交付要綱

(目的)

第1条 この要綱は、ケアプランデータ連携システム（以下「システム」という。）の導入により、豊中市内に所在する介護サービス事業所等の業務効率化及び負担軽減を図ることを目的として、予算の範囲内において、ケアプランデータ連携システム導入助成金（以下「助成金」という。）を交付することに関し必要な事項を定めることを目的とする。

(対象)

第2条 交付の対象となる者（以下「交付対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 厚生労働省の作成したケアプランデータ連携標準仕様の適用範囲の表に定める連携対象のサービスを提供する事業所、居宅介護支援事業所及び地域包括支援センターであって、市内に事業所を有する事業者
- (2) 既にシステムを導入済みの市内事業所であって、令和8年7月1日から令和8年12月31日までの間にシステム未導入の市内事業所に対し導入方法等を紹介し、その紹介を受けて導入を完了したと当該事業所より証明された事業者

(助成金の交付額)

第3条 助成金の額は、前条第2号に規定する紹介を行った1事業所につき21,000円とする。

2 前項の事業所は、事業所番号ごとに1事業所とみなす。

(申請)

第4条 助成金の交付を受けようとする者は、令和8年7月1日から令和9年1月15日までの間に、豊中市が定める方法により、豊中市ケアプランデータ連携システム導入助成金交付申請書兼請求書（様式第1号）及び豊中市ケアプランデータ連携システム導入助成金に係る導入証明書（様式第2号）を市長に提出しなければならない。

(交付決定)

第5条 市長は、前条に基づく申し込みがあった場合は、必要な審査を行い、交付することが適当と認めたときは交付を決定するとともに、豊中市ケアプランデータ連携システム導入助成金交付決定通知書（様式第3号）により当該事業者に通知するものとする。

(交付)

第6条 市長は、前条の規定による交付決定の日から30日以内に当該事業者の指定口

座に振り込みを行う。

(交付の取り消し等)

第7条 市長は、第5条の規定に基づく交付決定を受けた事業者が次の各号のいずれかに該当するときは、その決定の全部又は一部を取り消すことができる。

(1) 虚偽その他不正の手段により交付を受けたとき

(2) 次条又は第9条の規定に違反したとき

(3) 前各号に規定するもののほか、市長が相当と認める事由があると判断したとき

2 市長は、前項の規定により交付決定を取り消した場合において、豊中市ケアプランデータ連携システム導入助成金交付決定取消通知書(様式第4号)により当該事業者へ通知するものとする。この場合において、当該取り消しに係る部分に関し既に助成金が交付されているときは、期限及び方法を定めてその返還をさせるものとする。

(帳簿等の整備)

第8条 助成金の交付を受けた事業者は、当該助成金に係る収支に関する帳簿並びに証拠書類を整備し、かつこれらの帳簿等を令和19年(2037年)3月31日まで保管するとともに、次条の規定に際し豊中市から提出を求められた場合は速やかに対応しなければならない。

(報告の徴取等)

第9条 市長は、必要があると認めるときは助成金の交付を受けた事業者に対し、必要に応じて検査、報告その他必要な措置を求めることができる。この場合において、当該事業者は、正当な理由がない限りこれを拒んではならない。

(その他)

第10条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は市長が別途定める。

附 則

この要綱は、令和8年(2026年)7月1日から施行する。

この要綱は、令和8年(2026年)9月9日から施行する。

(様式第 1 号)

_____ 年 _____ 月 _____ 日

豊中市長 様

申込者

事業 者	名称	
	代表者職 氏名	
事業 所 ・ 施 設	事業所番号	
	名称	
	所在地	
	担当者名	
	連絡先	

豊中市ケアプランデータ連携システム導入助成金
交付申請書兼請求書

豊中市ケアプランデータ連携システム導入助成金交付要綱第 4 条に基づき、次のとおり申し
込みます。助成金は、下記金融機関口座に振り込みをお願いします。

1. 交付申請・請求額 _____ 金 _____ 円

2. 振込口座

金融機関名	
支店名	
科目	
口座番号	
フリガナ	
口座名義	

(様式第 2 号)

_____ 年 _____ 月 _____ 日

豊中市長 様

紹介者

事業 者	名称	
	代表者職 氏名	
事業 所 ・ 施 設	事業所番号	
	名称	
	所在地	
	担当者名	
	連絡先	

豊中市ケアプランデータ連携システム導入助成金に係る
導入証明書

紹介者よりケアプランデータ連携システムの導入方法に係る紹介を受けたことにより、システム導入が完了したことを証明します。

署 名 欄	紹介年月日	年 月 日
	事業所番号	
	サービス名	
	名称	
	担当者名	
	連絡先	

(様式第 3 号)

第 号
令和 年 (年) 月 日

様

豊中市長 長内 繁樹
(公 印 省 略)

豊中市ケアプランデータ連携システム導入助成金
交付決定通知書

貴事業所から申請のあった豊中市ケアプランデータ連携システム導入助成金について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

1. 対象事業所・施設

- 事業所番号
- 事業所名
- 所在地
- サービス種別

2. 支給決定額 金 円

(様式第 4 号)

第 号
令和 年 (年) 月 日

様

豊中市長 長内 繁樹
(公 印 省 略)

豊中市ケアプランデータ連携システム導入助成金
交付決定取消通知書

令和 年 (年) 月 日付け 号にて通知しました豊中市ケアプランデータ連携システム導入助成金の交付について、下記のとおり取消を決定しましたので通知します。

記

1. 対象事業所

- 事業所番号
- 事業所名
- 所在地
- サービス種別

2. 支給額 金 円

3. 取消額 金 円

4. 取消の理由