

表紙

令和8年度介護ロボット実用化促進事業

開発企業募集 ＜応募申請書＞

提出日：令和8年〇月〇日

応募者名：〇〇株式会社

【連絡担当者】

氏名：

カナ：

部署：

電話：

メール：

【作成時のルール・留意事項】

- 原則として、全体を通じて、20ページ以内で作成をしてください（表紙を除く）。
- 応募申請書以外の資料を用いることは不可とします。
- 提出いただいた応募申請書は **本事業** 以外には使用いたしません。

1. 応募者の概要

応募にあたり、次の要件を満たしているか、チェック欄に「○」を記入してください。

チェック欄	要件
	募集要項の内容をすべて確認・理解し、了承をした上で応募します
	募集要項5の応募要件のすべての要件を満たしています

応募する法人の情報をご記入ください。

法人名		
代表者名		
本社所在地	郵便番号	〒
	住所	
ウェブサイトURL		
設立年月日		
資本金		万円

2. 改良を行う介護ロボットの概要

製品名										
製品の概要・特徴（200字程度）										
仕様	本体サイズ	幅		(mm)	長さ		(mm)	高さ		(mm)
	重量				(kg)					
	平均速度				(Km/h)	※製品が走行する場合のみ記載				
	最少巡回半径				(cm)	※製品が走行する場合のみ記載				
	最大積載量				(kg)	※製品が貨物等を搭載する場合のみ記載				
	動力源・電源									
		充電時間				(時間)	連続使用時間			
コンセントプラグ形状										
介護保険の適用	有	無:適用に向けた計画があれば記載 ()								
神奈川県介護ロボット導入支援補助金の対象の有無	有	無:適用に向けた計画があれば記載 ()								

- ロボットの製品パンフレット、ユーザー向けの操作マニュアル(説明書)があれば、あわせてご提出ください。

2. 改良を行う介護ロボットの概要

製品
の画像

画像1 (こちらに添付してください)

画像2 (こちらに添付してください)

3. 改良の内容

区分	課題の解決に向けた製品の改良内容	把握した現場ニーズの内容と改良内容の適合性	改良により、介護事業所に提供可能な価値/成果
ソフトウェア	<ul style="list-style-type: none">• XXXX	<ul style="list-style-type: none">• XXXX	<ul style="list-style-type: none">• XXXX
ハードウェア	<ul style="list-style-type: none">• XXXX	<ul style="list-style-type: none">• XXXX	<ul style="list-style-type: none">• XXXX

- ソフトウェアのみの改良、ハードウェアのみの改良でも差支えありません。

4. 効果検証を行う介護事業所の情報

対象とする介護事業所の件数		件
介護事業所(1件目)		
法人名		
法人代表者名		
法人所在地	郵便番号	〒
	住所	
法人HPのURL		
事業所名		
事業所代表者名		
事業所所在地	郵便番号	〒
	住所	
事業所のサービス種別 (例:訪問介護、通所介護、小規模多機能型居宅介護 等)		
開設年月日		
職員数		人
利用者数(申請時点)		人
事業所へ本実証の説明を実施した年月日		年 月 日
説明・承諾取得対象者(管理者等) (職位・氏名)		承諾の有無(承諾/不承諾)
		承諾取得方法(口頭/書面)

4. 効果検証を行う介護事業所の情報

- 4件を超える介護事業所を選定した場合は、スライドを複製して追記してください。

介護事業所(2件目)		
法人名		
法人代表者名		
法人所在地	郵便番号	〒
	住所	
法人HPのURL		
事業所名		
事業所代表者名		
事業所所在地	郵便番号	〒
	住所	
事業所のサービス種別 (例:訪問介護、通所介護、小規模多機能型居宅介護 等)		
開設年月日		
職員数		人
利用者数(申請時点)		人
事業所へ本実証の説明を実施した年月日	年 月 日	承諾の有無(承諾/不承諾)
説明・承諾取得対象者(管理者等) (職位・氏名)		承諾取得方法(口頭/書面)

4. 効果検証を行う介護事業所の情報

- 4件を超える介護事業所を選定した場合は、スライドを複製して追記してください。

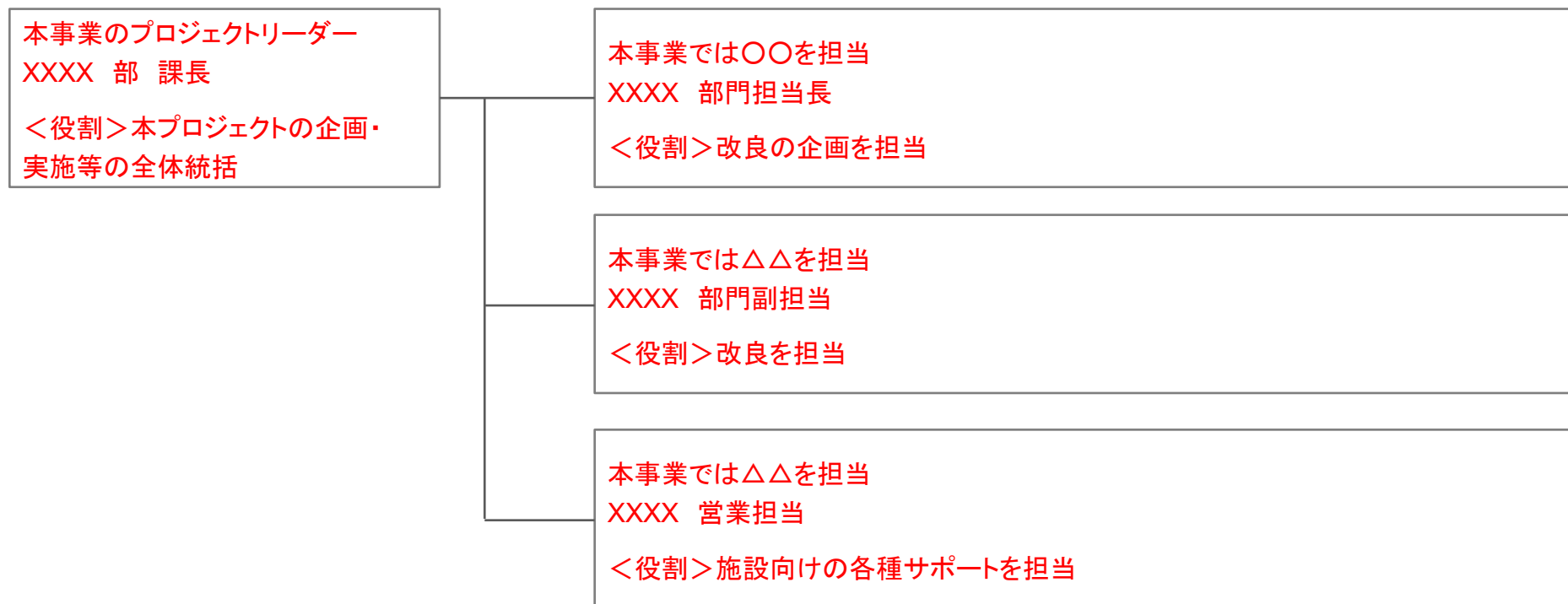
介護事業所(3件目)		
法人名		
法人代表者名		
法人所在地	郵便番号	〒
	住所	
法人HPのURL		
事業所名		
事業所代表者名		
事業所所在地	郵便番号	〒
	住所	
事業所のサービス種別 (例:訪問介護、通所介護、小規模多機能型居宅介護 等)		
開設年月日		
職員数		人
利用者数(申請時点)		人
事業所へ本実証の説明を実施した年月日	年 月 日	承諾の有無(承諾/不承諾)
説明・承諾取得対象者(管理者等) (職位・氏名)		承諾取得方法(口頭/書面)

5. 効果検証の計画

効果検証の概要	
計測する指標	
収集するデータの量 (計測する利用者数、職員数など)	
計測するタイミング	

6. 事業における実施体制

貴団体における本事業の実施体制(担当者名/役職など)、各メンバーの役割分担、神奈川県内に事務所又は事業所を有する特定の中小企業との連携について記載してください。事業化後の可能性も含む。



7. 連携する神奈川県内の中小企業のロボット関連産業への参入状況

前頁に記載いただいた事業活動を展開するための実施体制(外部協力先を含む)のうち、神奈川県内の中小企業が、本事業を通じて初めてロボット関連産業に参入するものか、各社への確認結果を記載してください。

※下表では、神奈川県内に事務所又は事業所を有する中小企業のみで構いません。

連携予定の企業名	ロボット関連産業への参入状況
XX株式会社	XXの加工業務を委託予定の神奈川県内に事業所を構えるXX社は、本事業で弊社からロボットのXX部分の部品加工を委託することにより、初めてロボット関連産業に参入することになる(XX社XX課長に確認済)。
XX株式会社	XX社はこれまでも弊社からロボットのXX部分の開発を委託しており、長年、ロボット関連産業で事業活動を行っている。豊富な開発実績を有するXX社と連携することで、本プロジェクトの開発業務も円滑に進むものと考えている。

8. 事業スケジュール

本事業に関するスケジュールを記載してください。

業務内容	実施時期	実施体制				留意事項 具体的な業務内容、 過去の従事実績・連携実績	
		自社で 実施 (内製)	他社と連携				
			連携予定 先の有無	連携予定の 企業・団体名	連携予定先 は県内中小 企業・大学か		連携候補先 とのマッチン グ希望の 有無
量産	事業化前 25.11～ 26.3		○	(未定。 1社に委託予定)		○	当社では過去に量産を手掛けたことはなく、神奈川県をサポートを得て県内で適切な協力パートナーを探したい。
販売	事業化後 26.7～		○	XX株式会社 XX株式会社		○	既存事業で取引実績を有する2社に委託予定。ただし、関東エリアの営業を強化するため、神奈川県をサポートを得て県内で適切な協力パートナーを探したい。
カスタマー サポート	事業化後 26.7～		○	(未定。国内10エリア 毎に各1社委託予定)		○	修理やアフターサポートの委託先として、国内で10社をパートナー企業を確保したいが、現時点では未定。関東南部エリアを担当できる委託先を神奈川県をサポートを得て探したい。

8. 概算経費

本事業に要する概算経費を記載してください。

※ 募集要項別紙を踏まえ、概算経費を記載してください。

※ 経費支援の上限額を超えた部分は応募者の負担となります。

改良作業に 要する経費(税込)		万円
改良作業以外に 要する経費(税込)		万円
総額(税込)		万円
経費支援を除く 応募者の自己負担額		万円