

令和2年度第三次補正予算、令和3年度予算 補助事業要望調査票(福祉タクシー関係)

令和3年度の車両・機器等導入にかかる補助事業について、各事業者の皆さまのご要望を調査します。

毎年度、早期の内示、交付決定を希望するご意見を多数いただくため、今回も調査をこの時期に行うこととしました。よって、現時点(令和2年度)の補助金交付要綱、実施要領、運用方針に基づき、更に新たに加わる予定の機器等については、本調査票にてご案内の上、調査を実施します。ご要望の内容により、該当する予算の年度、事業を割り振らせていただくほか、補助金交付要綱等は今後正式に策定されるため、ご要望に沿わない結果になることもあり得ます。さらに、バリアフリー車両の地方への普及、新型コロナウイルス感染症拡大防止対策等、当省の進める政策の主旨をご理解の上、積極的に取り組まれる事業者を優先的に支援させていただきたいと考えています。その点ご了承の上、ご回答ください。

ご要望は、各地方運輸局運輸支局の管轄区域毎に調査票にまとめ、各支局輸送担当あてに提出してください。

※補助金の交付は予算の範囲内において行うため、ご希望に沿えない場合があります。あらかじめご承知おき下さい。

会社名

ご担当者名

※グループ内で同一法人名がある場合は、カッコ書き等で法人を区別できるよう記載願います。

ご連絡先 (TEL)
(FAX)

(E-mail アドレス)

1. 令和3年度の要望台数及び要望額について

(要望調査①) 車両、福祉タクシーの共同配車センターの整備関係

① 福祉タクシーについて

整理記号	要望台数	要望台数	補助対象経費(税抜)	国庫補助要望額	導入予定時期
H-1	福祉タクシー(リフト付)の導入	台	千円	(要望台数×800千円) 千円	令和 年 月 日
H-2	福祉タクシー(上記以外)の導入	台	千円	(要望台数×600千円) 千円	令和 年 月 日

「補助対象経費」には補助対象車両価格(オプション抜き)+車載機器価格×台数、又は改造費+車載機器価格×台数を記載してください。
福祉車両としてのUDタクシーを要望される場合は、「(R3要望調査票)タクシー」に記載の上提出してください。

※1 福祉タクシーの導入にかかる補助対象経費は、車両本体(オプション除く)及び車載機器類の価格、改造費になります。

※2 補助対象となる車載機器類は以下の通りです。

- a. 車いす等固定装置 b. 車いす用シートベルト c. 手すり d. 点滴等フック固定装置 e. 車いす用ヘッドレスト
f. a.~e.の他、バリアフリー化に資する車載機器類であって、大臣が認めるもの。

○車両の導入状況 (以下に数値を記載してください。)

- ・タクシー車両の総保有台数 ()台 ・福祉タクシー車両の総保有台数 ()台 ※UDタクシー車両除く
・現在までに国庫補助を活用して導入した福祉タクシー車両の台数 ()台 ※UDタクシー車両除く

② 福祉タクシーの共同配車センターの整備について

整理記号	事業概要	補助対象経費(税抜)	国庫補助要望額 (対象経費/3)	導入予定時期
H-3		千円	千円	令和 年 月 日

事業の具体的内容を以下に記入の上、見積書(なければ価格を検証できるもの)を添付してください。

※1 福祉タクシーの共同配車センター(資本系列の異なる複数のタクシー事業者で設置する福祉タクシー車両を共同配車するための共同配車センター)の整備にかかる補助対象経費は、通信設備整備費、車載機器整備費、コーディネーター養成費になります。

※2 事業の具体的内容が不明で、経費内訳のわかる資料が添付されない場合、内示できない場合があります。

※3 補助対象となる通信設備整備費は以下の通信設備の購入に要する費用になります。ただし、携帯電話を含む電話等の通常の通信機器及び福祉タクシー車両以外の配車に使用する通信設備は、補助対象外になります。

- a. 無線用アンテナ b. 無線機 c. データ専用受信機 d. CTI/GISサーバー e. 通信制御装置 f. 中央処理装置
g. 地図画面表示装置 h. 関連装置

(前ページからの続き)

- ※4 共同配車センターで配車する福祉タクシー車両に搭載する共同配車のための情報の送受信に必要な以下の機器の購入に要する費用は補助対象になります。
- a. GPSアンテナ、GPS受信機 b. 操作機 c. 信号処理装置 d. 無線用アンテナ、無線機 e. スピーカー、マイク
f. ナビゲーション又はモニター装置 g. 文字表示装置 h. 携帯端末によるパケット送受信機(携帯電話のみの機能を有するものを除く。)
- ※5 コーディネーター養成費は、共同配車センターにおいて配車業務に従事する者が、資格の取得又は研修の受講を行う場合に必要となる以下の費用を補助対象経費とします。(受講に必要な交通費を除きます。)
- a. 訪問介護員養成研修(2級課程) b. 一般社団法人全国ハイヤー・タクシー連合会等が実施するケア輸送サービス従事者研修
c. 上記の他これらに準ずるものとして大臣が認める研修

(要望調査②) 感染症拡大防止対策設備導入

③ 感染症拡大防止対策設備の導入

該当する事業の対象経費、要望額を記載してください。

(福祉タクシー車両(H-1~2)の導入と共に、H-4~10のいずれかを導入する場合は、H-1~2にも必要台数を記入してください。)

整理記号	要望台数	要望台数	補助対象経費(税抜)	国庫補助要望額 (対象経費/2)	導入予定時期
H-4	空気清浄機(車載用)	台	千円	千円	令和 年 月 日
H-5	空気清浄モニター	台	千円	千円	令和 年 月 日
H-6	低濃度オゾン発生装置	台	千円	千円	令和 年 月 日
H-7	防菌シート・防護版	台	千円	千円	令和 年 月 日
H-8	車内抗菌処理(光触媒噴霧等)	台	千円	千円	令和 年 月 日
H-9	防護壁設置車両	台	千円	千円	令和 年 月 日
H-10	利用者に対し感染症対策への協力を求めるための周知等	台	千円	千円	令和 年 月 日

④ その他感染症拡大防止対策設備の導入

整理記号	事業概要	補助対象経費(税抜)	国庫補助要望額 (対象経費/2)	導入予定時期
H-11		千円	千円	令和 年 月 日

事業の具体的内容を以下に記入の上、見積書(なければ価格を検証できるもの)を添付してください。

--

※1 感染症拡大防止対策設備については、事前に対象となる機器は指定しませんが、第三者機関による効果検証・結果を記した証書が添付されたものを優先的に補助対象と認定します。

車載用空気清浄機、空気清浄モニターとして国土交通省が把握している製品としては以下のものがありますので参考としてください。これらを導入する場合、更に他の機器を導入する場合も上記のとおり、第三者機関による効果検証・結果を記した証書が添付されたものを優先的に補助対象と認定します。

・株式会社デンソー 高機能フィルター付空気清浄機(Puremie(ピュアミエ)J)
<https://www.denso.com/jp/ja/news/newsroom/2021/20210115-01/>(株式会社デンソーホームページ)

※3 低濃度オゾン発生装置として国土交通省が把握している製品としては以下のものがありますので参考としてください。これらを導入する場合、更に他の機器を導入する場合も上記のとおり、第三者機関による効果検証・結果を記した証書が添付されたものを優先的に補助対象と認定します。

・株式会社JVCケンウッド(CAX-DS01) ・エアーサクセスジャパン株式会社(ASS-002)

※4 感染拡大防止対策と直接関係がないと認められた場合、当該機器は補助対象とならない場合もあります。

※5 各導入設備については、上記第三者機関発行の証書のほか、製品、機器構成が判別でき、要望額が検証できるよう、カタログ(機器構成図)、見積書(なければ価格表)の写しを添付してください。ないものについては内示できない場合があります。

(前ページからの続き)

○感染症対策に係る、他の補助制度活用の予定

- 国庫補助金 (補助金名 :) (補助予定額: 千円)
(補助の対象:)
- 地方自治体からの補助金(都道府県) (補助金名 :) (補助予定額: 千円)
(補助の対象:)
- 地方自治体からの補助金(市町村) (補助金名 :) (補助予定額: 千円)
(補助の対象:)

※ 導入時期が令和3年4月以降となる場合など、自治体の補助制度が未定の場合は、現行制度に基づく推定でご記入ください。それも困難な場合は、制度が設けられた場合に活用する意思があれば、当該補助金の□にチェック☑を入れてください。
上述の地方自治体の補助金額と本事業による交付額の合計が、補助対象経費を超えた場合は、補助金の返納をしていただく場合があります。

2. 貴社の取組み内容について

以下は、予算配賦の優先順位を検討する際に参考にさせていただくため設けた設問です。積極的にご回答ください。

・福祉輸送関係

- ・免許返納割引制度の有無 有 無 ・介護施設運営の有無 有 無
・社内の介護資格取得者※数 ()人 ・社員の資格取得支援※の有無 有 無

※「介護資格」とは、ヘルパー2級以上の資格を指します。「支援」とは、介護資格取得講座受講費用等、所要額の補助を行うことを指します。

・新型コロナウイルス感染症関係

○感染症による影響 (回答対象期間: 令和2年4月1日～令和3年1月31日)

・休業の有無

新型コロナウイルス感染症の影響により、事業の休止を行った。 YES ()日間 NO

・雇用調整助成金活用の有無

雇用調整助成金を受給済み又は申請中。 YES NO

(☑NOの場合の理由)

・従業員(内勤者、運転者)解雇の有無

上記期間中、従業員の責に寄らず、人件費圧縮のための解雇を実施し YES NO

・昨年比減収割合

上記期間について、昨年同期間と比較して収入が減少した。 YES ()%減 NO

・持続化給付金活用の有無

持続化給付金を受給済み又は申請中。 YES NO

(☑NOの場合の理由)

・赤字黒字の状況

令和2年度会計期間における黒字、赤字の見込み 黒字 赤字 ()% 収支率

○感染症拡大防止対策 (所有車両のうち1台でも設置済みの場合は☑YESと回答)

・防菌シート設置の有無 YES NO

・空気清浄機設置の有無 YES NO

・車内抗菌加工の有無 YES NO

・その他独自の取組 YES NO

概要()

(次ページに続きます。)

(前ページからの続き)

・ **その他**

○新たな生活様式に対応したサービスへの取組

- ・ 新たな生活様式に対応したサービスを実施している。

YES

NO

概要(

)

- ・ その他独自の取組

概要(

)

・ **記載内容確認**

- 記載内容に誤りが無いこと(補助対象経費は見積り等を基に必要経費を税抜きで記載、千円単で記載)を確認しました。
- 要望に漏れが無いことを確認しました。