

## 令和3年度補正予算、令和4年度当初予算 補助事業要望調査票(福祉タクシー関係)

令和3年度補正及び令和4年度当初予算(案)にかかる要望調査を実施します。  
以下についてご一読、ご了承の上、ご回答頂くようお願いします。

○今回の調査対象となる補助事業の「補助金交付要綱」等は現在協議中ですが、早期執行の観点から調査を実施することとしました。

○本調査への回答をもって補助金の交付決定を行うものではありません。補助金の交付を受けるには別途補助金交付申請が必要です。

○補助金の交付は予算の範囲内で行うため、ご要望に沿えない結果となることがあります。

○今回の要望調査を踏まえた内示については、政策的な判断に加え、ご要望の内容や過去の支援状況等を総合的に勘案したうえで決定させていただきます。

○本調査票については、主たる事務所の位置を管轄する1の運輸局又は支局に提出してください。

事業者名:

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。また提出後ご連絡先に変更がありましたらお知らせください。

ご連絡先:

(TEL)

(FAX)

(E-mail アドレス)

# 1. 令和4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	補助対象事業(導入対象)	要望台数	補助対象経費(税抜)	国庫補助要望額	導入時期
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、「(R4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

※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

(次ページに続きます。)

**(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	事業概要	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・防護板	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。

Empty box for detailed description of the project.

- ※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。
- ※2 空気清浄機フィルター、アルコール消毒液、配布や持ち帰り可能なチラシ等の消耗品は補助対象となりません。
- ※3 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りません。
- ※4 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。
- ※5 感染症対策設備の導入にかかる補助対象事業者は、交通事業者のみ(団体は対象外)となります。

○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: )

(次ページに続きます。)

※ 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・状況について

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。特に指定がない場合は当該要望調査提出時点における数値等を記載ください。

### ・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、介護職員初任者研修(旧ヘルパー2級含む)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。

### ・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、千円単位で記載)を確認しました。
- 要望に漏れが無いことを確認しました。