（様式第１号）

令和　○年　○月　○日

　山梨県知事　殿

申請者

住所　甲府市丸の内１－６－１

氏名又は名称　〇〇会〇〇〇病院

及び代表者職氏名　院長　山梨　太郎　印

令和　　年度在宅医療連携体制構築支援事業費補助金交付申請書

　このことについて、在宅医療連携体制構築支援事業を別紙計画書のとおり実施したいので、在宅医療連携体制構築支援事業費補助金交付要綱第３条第１項の規定により、次のとおり申請します。

１　補助金申請額　　　金８，０００，０００円

２　添付書類

　（１）経費所要額調書（様式第１号の１）

（２）事業計画書（様式第１号の２）

（３）所要額調書（様式第１号の３）

（４）歳入歳出予算書抄本

　（５）その他参考となる書類

（様式第１号の１）

経　費　所　要　額　調　書

　（申請者氏名又は名称　〇〇会〇〇〇病院　院長　山梨　太郎）

（単位：円）

オンコール対応日数（年間換算）により補助金額は変動するので別表を参照

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 総事業費  （Ａ） | 寄付金その  他の収入額  （Ｂ） | 差引額  (Ａ)－(Ｂ)  （Ｃ） | 対象経費の  支出予定額  （Ｄ） | 基準額  （Ｅ） | 選定額  （Ｆ） | 県補助  所要額  （Ｇ） | 備　考 |
| 17,269,000 | 0  実施予定総額を記載  （通常は同額） | 17,269,284 | 8,132,284  需用費・備品購入は1/2し、人件費は従事時間割合による額として計算後の金額 | 8,000, 000 | 8,000,000 | 8,000,000 |  |

（注）１　「総事業費（Ａ）」欄には、当該事業に係る総事業費を記入すること。

　　　２　「対象経費の支出予定額（Ｄ）」には、別表第４欄に示した補助率を適用した支出予定額を記入すること。

３　「選定額（Ｆ）」欄には、（Ｃ）、（Ｄ）、（Ｅ）欄を比較して最も少ない額を記入すること。

　　　４　「県補助所要額（Ｇ）」欄には（Ｆ）欄の額に１，０００円未満の端数がある場合には、これを切り捨てた額を記載する。

（様式第１号の２）

「申請者」には「積極的医療機関」の医療機関の代表者氏名等を記載

１　事業計画書

|  |  |
| --- | --- |
| 1.申請者  氏名又は名称 | 所在地　〒400-8501  　　　　甲府市丸の内１－６－１  　　　　TEL：055-223-1480  　　　　E-mail：imuka@pref.yamanashi.lg.jp  氏名又は名称 〇〇会〇〇〇病院  及び代表者職氏名 院長　山梨　太郎  　事務担当者の所属・氏名・アドレスを記載 |
| 2.事務担当者職氏名 | 事務担当者  TEL：055-223-1480  　　　E-mail：imuka@pref.yamanashi.lg.jp  役職・氏名　〇〇〇病院　医事課　事務長　〇〇　〇〇 |
| 3.事業実施予定期間 | 令和　〇年　〇月　〇日　～　令和　〇年　〇月　〇日 |
| 4.「積極的医療機関」と位置づける医療機関名 | |
| 〇〇会〇〇〇病院  「積極的医療機関」となる医療機関の施設基準について1～4に○をつける | |
| 5.「積極的医療機関」の厚生局への届出状況 | |
| 1 在宅療養支援診療所・病院１（機能強化型１）  2 在宅療養支援診療所・病院２（機能強化型２）  　　連携先医療機関名（　△△市立△△病院、□□会□□□クリニック　　）  3 在宅療養支援診療所・病院３  4 上記1～3以外（記載：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 6.上記の届出状況の基準日【令和　〇年　〇月　〇日　現在】  入院・外来診療のみに限らず現に在宅医療に関わる医師のこと | |
| 「積極的医療機関」の在宅医療の取組状況 | |
| 7.在宅医療医師数 | 在宅医療を担当する常勤の医師数（　　３　　名） |
| 8.往診を実施した延べ患者数 | 1. （　　５　　名）   緊急又は休日・夜間・深夜に行った往診を含む |
| 9.訪問診療を実施した延べ患者数 | ②（　　　１１０　　名） |
| 10.在宅医療を実施した延べ患者数 | ①＋②  （　１１５　名）  【計上対象期間：令和　〇年〇月〇日～令和　〇年〇月〇日】 |

「積極的医療機関」が、過去1年間に往診・訪問診療を行った述べ患者数を記載し、事業実施後の患者数に変化があるか観測する

イ～ニのいずれかに○をつける。計画書を提出する段階で分類が定まっていない場合は「二」の金額で申請し、分類が変更になり金額が変わったら、変更承認申請が必要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （１）各地域における在宅医療提供体制検討会議 | | |
| 11.開催予定回数 | ４回 | |
| 12.検討会議の内容（予定） | 〇１回目　○月中旬　○○センター会議室  ・会議開催方法の検討、今後のスケジュール確認  ・各医療機関の在宅医療への取り組み状況の共有  〇２回目　△月中旬　○○センター会議室  ・在宅連携体制の構築に向けた連携ルールの方向性検討  ○３回目　□月上旬　○○病院会議室  ・連携ルールの詳細検討  ・契約、診療報酬の手続きの打合せ等（事務職員参加）  ○４回目　◎月下旬　○○病院会議室  ・オンコール体制の運用を開始してからの改善点、連携ルール変更の検討  ・補助金決算額の確認、承認  ※複数の会議を開催する場合、内容欄には会議の実施回、種類ごとに分けてそれぞれの内容が分かるように記載すること。 | |
| （２）事業を担当する職員（人件費の対象となる職員）  添付資料１と記載内容・  従事割合を一致させること | | |
| 13.職種・人数 | ・〇〇会〇〇〇病院所属　看護師　１名 | |
| 14.主な担当業務 | ・検討会議開催の日程調整、資料作成、庶務  ・オンコール実施記録の作成、取りまとめ | |
| 15.従事割合 | ・医療職職員は業務時間（年間1,250時間）のうち約24.0%（280時間）を在宅医療連携事業に充てる。  ※添付資料１「従事割合算出表」を添付し、割合の数値を一致させること。 | |
| （３）連携体制確保に要する費用（オンコール体制等）  添付資料２と内容を一致させること | | |
| 16.連携体制参加予定機関 | ・△△市立△△病院  ・□□会□□□クリニック  ※添付資料２「連携体制参画予定医療機関名簿」を添付し、医療機関数を一致させること。 | |
| 17.連携体制実施予定期間 | 令和　〇年　〇月　〇日　～　令和　〇年　〇月　〇日 | |
| 18.補助対象事業者の分類（予定） | イ　年間365日対応する地域の積極的医療機関（24時間×365日）  ロ　年間260日以上対応する地域の積極的医療機関（週5日、平日夜間対応）  ハ　年間104日以上対応する地域の積極的医療機関（週2日、土日の日中及び夜間対応）  ニ　年間104日未満対応する地域の積極的医療機関 | |
| 19.対応可能な地域（市町村単位で記載） | ・○○市、□□市、△△町、◎◎町 | |
| 20.【予定】補助金活用のルール（対象者限定の有無も記載）  居宅患者のみ・施設患者のみ・○○市の患者のみ等の限定が想定される | （例）補助金活用のルール  ・連携体制内で決めたオンコール対応日に当番業務に就き、オンコール待機のみ（診療なし）となった当番医療機関に対し日中１万円、夜間は２万円を支給する。  対象者限定の有無  ・（例１）対象者の限定は行わない。  ・（例２）19の地域に所在する老人保健施設のみを対象とする。 | |
| 21.（１）～（３）の事業実施主体が「積極的医療機関」と異なる場合は記載 | | |
| （１）の事業実施主体：  （２）の事業実施主体：□□会□□□クリニック  （３）の事業実施主体：  実施主体が異なる理由、選定方法：「積極的医療機関」である○○○病院では通常の業務多忙により本事業に対応できる職員がいないため、□□□クリニックの職員がオンコール体制のシフト調整や会議開催準備を行うことを連携体制参加予定機関で協議の上で決定した。これに要する人件費は○○○病院から□□□クリニックへ委託費として支出する。  「積極的医療機関」ではない医療機関や団体が実務を行う場合は詳細説明を記載する | | |
| 22.山梨県医師会との調整状況 | | |
| 山梨県医師会と、当該補助金の申請に関する調整が済んでいることを確認の上、右記にチェックを入れること。 | | 調整済み |

「積極的医療機関」は地域により設定数が決められているため、県医師会にて調整を要する

連携する医療機関から半径16km以内の市町村が記載される想定

（添付資料２）

連携体制参画予定医療機関名簿（令和　〇年　〇月　〇日現在）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 医療機関名 | 医師名 | 住所 | 電話番号 |
| １ | 〇〇会〇〇〇病院 | 〇〇　〇〇〇 | 〇〇市〇〇町〇〇 | 〇-〇〇-〇〇〇 |
| ２ | 同上 | ●●　●● | 同上 | 同上 |
| ３ | 同上 | ◎◎　◎◎ | 同上 | 同上 |
| ４ | 同上 | ◆◆　◆◆◆ | 同上 | 同上 |
| ５ | △△市立△△病院 | △△　△△ | △△市△△町△△ | △-△△-△△△ |
| ６ | 同上 | ▲▲　▲▲▲ | 同上 | 同上 |
| ７ | 同上 | ▽▽　▽▽▽ | 同上 | 同上 |
| ８ | □□会□□□クリニック | □□　□□ | □□市□□町□□ | □-□□-□□□ |
| ９ |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

* 行が足りない場合は行を追加すること。

オンコール体制、検討会議に参加する

連携体制参加者（予定を含む）を全員記載

（参考様式）

令和　〇年度在宅医療連携体制構築支援事業費補助金

１　収入の部　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　　　目 | 金　　　額 | 備　　　考 |
| 県補助金 | 8,000,000 |  |
| 自己資金 | 9,269,000 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合　　　　　計 | 17,269,000 |  |

２　支出の部　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　　　　目 | 金　　　額 | 備　　　考 |
| 地域における在宅医療提供体制検討会議に要する費用 | 983,000 |  |
| 連携体制構築のための人件費 | 12,286,000 |  |
| 連携体制確保に要する費用 | 4,000,000 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合　　　　　計 | 17,269,000 |  |

この抄本は、予算書の原本と相違ないことを証します。

令和　〇年　〇月　〇日

補助金交付申請者名　　〇〇会〇〇〇病院

院長　山梨　太郎　印

（様式第３号）

令和　〇年　〇月　〇日

　山梨県知事　殿

申請者

住所　甲府市丸の内１－６－１

氏名又は名称　〇〇会〇〇〇病院

及び代表者職氏名　院長　山梨　太郎

令和　　年度在宅医療連携体制構築支援事業費補助金事業変更承認申請書

県から交付される交付決定の日付・番号を記載

　令和　〇年　〇月　〇日付け医第〇〇〇号で交付決定のあった在宅医療連携体制構築支援事業費補助金について次のとおり変更したいので、在宅医療連携体制構築支援事業費補助金交付要綱第５条第１項第１号の規定により、関係書類を添えて申請します。

１　変更理由

　　例１）当初の計画よりも人件費を○○○円多く支出することになり、その分会議に要する経費を削減することとしたため。

　　例２）オンコール体制を今年度中に開始することとなり、年間104日以上の対応を見込むため。

２　変更内容

　　例１）費用の総額は変更しないが、費用の内訳が20％以上変動する。

　　例２）連携体制確保に要する費用を増額する。

３　添付書類

変更前の記述は残しておき、変更後の記述は赤字で示すなど、ビフォーアフターが分かるような書類を作成すること

　（１）変更後の経費所要額調書（様式第１号の１）

（２）変更後の事業計画書（様式第１号の２）

（３）変更後の所要額調書（様式第１号の３）

（４）変更後の歳入歳出予算書抄本

　（５）その他参考となる書類

（注）変更前と変更後の内容が対比できるよう作成すること。

（様式第４号）

令和　〇年　〇月　〇日

　山梨県知事　殿

申請者

住所　甲府市丸の内１－６－１

氏名又は名称　〇〇会〇〇〇病院

及び代表者職氏名　院長　山梨　太郎

令和　　年度在宅医療連携体制構築支援事業費補助金事業（中止・~~廃止~~）承認申請書

県から交付される交付決定の日付・番号を記載

　令和　〇年　〇月　〇日付け医第〇〇〇号で交付決定のあった在宅医療連携体制構築支援事業費補助金について次のとおり（中止・~~廃止~~）したいので、在宅医療連携体制構築支援事業費補助金交付要綱第５条第１項第２号の規定により、関係書類を添えて申請します。

１　（中止・~~廃止~~）理由

　　〇〇〇が〇〇〇となり事業が実施できなくなったため。

２　（中止・~~廃止~~）内容

　　〇〇〇〇〇〇を○月○日に中止するため、補助金額についても〇〇〇円減少する。

（様式第５号）

令和　〇年　〇月　〇日

実績報告は事業終了後１月以内もしくは翌年度４月１０日のどちらか早い方までに行う

　山梨県知事　殿

　　　 申請者

住所　甲府市丸の内１－６－１

氏名又は名称　〇〇会〇〇〇病院

及び代表者職氏名　院長　山梨　太郎

令和　〇年度在宅医療連携体制構築支援事業費補助金実績報告書

県から交付される交付決定の日付・番号を記載

　令和　〇年　〇月　〇日付け医第〇〇〇号で交付決定のあった在宅医療連携体制構築支援事業費補助金の対象事業を完了したので、在宅医療連携体制構築支援事業費補助金交付要綱第６条第１項の規定により、関係書類を添えて報告します。

１　補助金精算額　　　金〇, 〇〇〇, 〇〇〇円

２　経費所要額精算書（様式第５号の１）

３　事業実績報告書（様式第５号の２）

４　実績額調書（様式第５号の３）

５　歳入歳出決算書抄本

６　その他参考となる書類（支出証拠書等）

７　支払いの方法

　　口座振替　　振替先銀行名　　〇〇〇銀行　　　預金種別（当座・普通）

　　　　　　　　店名・口座番号　　〇〇　　店・　〇〇〇〇〇〇

口座名　　　〇〇会〇〇〇病院

　　　　　　　　　（フリガナ）　マルマルカイマルマルビョウイン

口座情報に誤りがないか要確認。

通常は申請者（医療機関）と口座名義が一致することを想定

（様式第５号の１）

経　費　所　要　額　精　算　書

　（申請者氏名又は名称　〇〇会〇〇〇病院　院長　山梨　太郎 ）

（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 総事業費 | 寄付金その他の収入額 | 差引額  (Ａ)－(Ｂ) | 対象経費の実支出額 | 基準額 | 選定額 | 県補助所要額 | 県補助交付決定額 | 県補助受入済額 | 差引過不足額  (Ｇ)―（Ｉ） | 備考 |
| （Ａ） | （Ｂ） | （Ｃ） | （Ｄ） | （Ｅ） | （Ｆ） | （Ｇ） | （Ｈ） | （Ｉ） | （Ｊ） |  |
| 17,269,000 | 0 | 17,269,000 | 8,132,284 | 8,000,000 | 8,000,000 | 8,000,000 | 8,000,000 | 0 | 8,000,000 |  |

（注）１　「総事業費（Ａ）」欄には、当該事業に係る総事業費を記入すること。

　　　２　「対象経費の支出予定額（Ｄ）」には、別表第４欄に示した補助率を適用した支出予定額を記入すること。

３　「選定額（Ｆ）」欄には、（Ｃ）、（Ｄ）、（Ｅ）欄を比較して最も少ない額を記入すること。

　　　４　「県補助所要額（Ｇ）」欄には（Ｆ）欄の額に１，０００円未満の端数がある場合には、これを切り捨てた額を記載する。

（様式第５号の２）

１　事業実績報告書

|  |  |
| --- | --- |
| 1.申請者  氏名又は名称 | 所在地　〒400-8501  　　　　甲府市丸の内１－６－１  　　　　TEL：055-223-1480  　　　　E-mail：imuka@pref.yamanashi.lg.jp  氏名又は名称 〇〇会〇〇〇病院  及び代表者職氏名　院長　〇〇　〇〇 |
| 2.事務担当者職氏名 | 事務担当者  TEL：055-223-1480  　　　E-mail：imuka@pref.yamanashi.lg.jp  役職・氏名　医事課　事務長　〇〇　〇〇 |
| 3.事業実施実績期間 | 令和　〇年　〇月　〇日　～　令和　〇年　〇月　〇日 |
| 4.「積極的医療機関」と位置づけた医療機関名 | |
| 〇〇会〇〇〇病院 | |
| 5.「積極的医療機関」の厚生局への届出状況 | |
| 1 在宅療養支援診療所・病院１（機能強化型１）  2 在宅療養支援診療所・病院２（機能強化型２）  　　連携先医療機関名（　△△市立△△病院、□□会□□□クリニック　　）  3 在宅療養支援診療所・病院３  4 上記1～3以外（記載：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 6.上記の届出状況の基準日【令和　〇年　〇月　〇日　現在】 | |
| 「積極的医療機関」の在宅医療の取組状況 | |
| 7.在宅医療医師数 | 在宅医療を担当する常勤の医師数（　　３　　名） |
| 8.往診を実施した延べ患者数 | 1. （　　８　　名）   緊急又は休日・夜間・深夜に行った往診を含む |
| 9.訪問診療を実施した延べ患者数 | ②（　　１３０　　名） |
| 10.在宅医療を実施した延べ患者数 | ①＋②  （　１３８　名）  【計上対象期間：令和　〇年〇月〇日～令和　〇年〇月〇日】  ※計上対象期間は、「3.事業実施実績期間」と一致させることが望ましい。 |

|  |  |
| --- | --- |
| （１）各地域における在宅医療提供体制検討会議 | |
| 11.開催回数 | ４回 |
| 12.検討会議の内容 | 〇１回目　○月下旬　○○病院　○○室  ・会議開催方法の検討、今後のスケジュール確認  ・各医療機関の取り組み状況の共有、地域連携の検討  〇２回目　△月中旬　□□センター　□□スペース  ・在宅連携体制の構築に向けた連携ルール検討  ・事務員報酬の配分方法について  ○３回目　□月上旬　○○病院会議室  ・連携ルールの詳細検討  ・契約、診療報酬の手続きの打合せ等（事務職員参加）  ○４回目　◎月下旬　○○病院会議室  ・オンコール体制の運用を開始してからの改善点、連携ルール変更の検討  ・補助金決算額の確認、承認  ※複数の会議を開催する場合、内容欄には会議の実施回、種類ごとに分けてそれぞれの内容が分かるように記載すること。 |
| （２）事業を担当する職員（人件費の対象となる職員） | |
| 13.職種・人数 | ・〇〇会〇〇〇病院所属　看護師　１名、事務職員　１名 |
| 14.主な担当業務 | 看護師  ・検討会議開催の日程調整、資料作成、庶務  ・オンコール実施記録の作成、取りまとめ  事務職員  ・雇用契約の諸手続、診療報酬取りまとめ等 |
| 15.従事割合 | ・医療職職員は業務時間（1,250時間）のうち約24.0%（280時間）を在宅医療連携事業に充てる。  ・事務職員は業務時間（850時間）のうち約29.4%（250時間）を在宅医療連携事業に充てる。  ※添付資料１「従事割合算出表」を添付し、割合の数値を一致させること。 |
| （３）連携体制確保に要する費用（オンコール体制等） | |
| 16.連携体制参加機関 | ・△△市立△△病院  ・□□会□□□クリニック  ・◆◆内科  ※添付資料３「連携体制参画実施医療機関名簿」を添付し、医療機関数を一致させること。 |
| 17.連携体制実施期間 | 令和　〇年　〇月　〇日　～　令和　〇年　〇月　〇日 |
| 18.補助対象事業者の分類（実績） | イ　年間365日対応する地域の積極的医療機関（24時間×365日）  ロ　年間260日以上対応する地域の積極的医療機関（週5日、平日夜間対応）  ハ　年間104日以上対応する地域の積極的医療機関（週2日、土日の日中及び夜間対応）  ニ　年間104日未満対応する地域の積極的医療機関 |
| 19.対応した地域（市町村単位で記載） | ・○○市、□□市、△△町、◎◎町 |
| 20.補助金活用のルール（対象者限定の有無も記載） | 補助金活用のルール  ・連携体制内で決めたオンコール対応日に当番業務に就き、オンコール待機のみ（診療なし）となった当番医療機関に対し日中１万円、夜間は２万円を支給する。  対象者限定の有無  ・（例１）対象者の限定は行わない。  ・（例２）19の地域に所在する老人保健施設のみを対象とする。 |
| 21.（１）～（３）の事業実施主体が「積極的医療機関」と異なる場合は記載 | |
| （１）の事業実施主体：  （２）の事業実施主体：  （３）の事業実施主体：  実施主体が異なる理由、選定方法： | |

（添付資料３）

連携体制参画実施医療機関名簿（令和　〇年　〇月　〇日現在）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 医療機関名 | 医師名 | 住所 | 電話番号 |
| １ | 〇〇会〇〇〇病院 | 〇〇　〇〇〇 | 〇〇市〇〇町〇〇 | 〇-〇〇-〇〇〇 |
| ２ | 同上 | ●●　●● | 同上 | 同上 |
| ３ | 同上 | ◎◎　◎◎ | 同上 | 同上 |
| ４ | 同上 | ◆◆　◆◆◆ | 同上 | 同上 |
| ５ | △△市立△△病院 | △△　△△ | △△市△△町△△ | △-△△-△△△ |
| ６ | 同上 | ▲▲　▲▲▲ | 同上 | 同上 |
| ７ | 同上 | ▽▽　▽▽▽ | 同上 | 同上 |
| ８ | □□会□□□クリニック | □□　□□ | □□市□□町□□ | □-□□-□□□ |
| ９ | ★★内科 | ★★　★★★ | ★★市★★町★★ | ★-★★-★★★ |
| 10 |  |  |  |  |

* 行が足りない場合は行を追加すること。

添付資料２の「連携体制参画予定医療機関名簿」から増えた場合には、増えた医療機関の情報も記載する

（参考様式）

令和　〇年度在宅医療連携体制構築支援事業費補助金

歳入歳出決算書（抄本）

１　収入の部　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　　　目 | 金　　　額 | 備　　　考 |
| 県補助金 | 8,000,000 |  |
| 自己資金 | 9,269,000 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合　　　　　計 | 17,269,000 |  |

２　支出の部　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　　　　目 | 金　　　額 | 備　　　考 |
| 地域における在宅医療提供体制検討会議に要する費用 | 983,000 |  |
| 連携体制構築のための人件費 | 12,286,000 |  |
| 連携体制確保に要する費用 | 4,000,000 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合　　　　　計 | 17,269,000 |  |

この抄本は、決算書の原本と相違ないことを証します。

令和　〇年　〇月　〇日

補助金交付申請者名　　〇〇会〇〇〇病院

院長　山梨　太郎　印

（様式第６号）

令和　〇年　〇月　〇日

　山梨県知事　殿

申請者

住所　甲府市丸の内１－６－１

氏名又は名称　〇〇会〇〇〇病院

及び代表者職氏名　院長　山梨　太郎

令和　　年度在宅医療連携体制構築支援事業費補助金概算払請求書

県から交付される交付決定の日付・番号を記載

　令和〇年〇月〇日付け医第〇〇〇号で交付決定のあった在宅医療連携体制構築支援事業費補助金について、在宅医療連携体制構築支援事業費補助金交付要綱第８条第２項の規定により、次のとおり概算払いの請求をいたします。

１　概算払請求額　　金〇,〇〇〇,〇〇〇円

２　内訳

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 補助金交付  決定額　① | 既概算交付額  　　　　　② | 差　引　額  ①－②＝③ | 今回概算請求  額　　　　④ | 備　　　　考 |
| 8,000,000 | 0 | 8,000,000 | 4,000,000 |  |

３　概算払請求の理由

人件費に要する経費は○月から支出する必要があるが、原資が乏しいため円滑な支出のため概算払いを要する。

４　支払いの方法

口座振替　　振替先銀行名　　〇〇〇銀行　　　預金種別（当座・普通）

　　　　　　　　店名・口座番号　　〇〇　　店・　〇〇〇〇〇〇

口座名　　　〇〇会〇〇〇病院

　　　　　　　　　（フリガナ）　マルマルカイマルマルビョウイン

（様式第７号）

令和　〇年　〇月　〇日

　山梨県知事　殿

申請者

住所　甲府市丸の内１－６－１

氏名又は名称　〇〇会〇〇〇病院

及び代表者職氏名　院長　山梨　太郎

財産処分承認申請書

県から交付される交付決定の日付・番号を記載

　令和〇年〇月〇日付け医第〇〇〇号で交付決定のあった在宅医療連携体制構築支援事業費補助金に係る補助事業により取得した財産を、次のとおり処分したいので、在宅医療連携体制構築支援事業費補助金交付要綱第９条第２項に基づき、申請します。

１　処分しようとする財産の明細

　　連携体制構築検討会議で使用していたノートパソコン（メーカー：○○　型式：○○）

２　処分の内容

　　廃棄（転用（在宅医療連携事業以外での目的外使用）、譲渡（所有者変更）、貸付等）

３　処分しようとする理由

ノートパソコンは令和○年に購入し、連携体制検討会議のため○○病院の在宅医療コーディネーターである△△が使用してきたが、製造から○年が経過し、シャットダウンが多発するなど故障しており、修理にも多額の費用を要することから廃棄する。

「備品購入費」を用いて購入した機具（器具、ソフトウェア等）を「補助事業等により取得し、又は効用の増加した財産の処分制限期間」(厚生労働省告示第三百八十四号)の別表に示された処分制限期間前に取扱の変更を行う場合には、知事の承認を受けることが必要（廃棄等に要する費用は補助金の対象になりません）

４　その他必要な書類

　　（例）位置図（配置図）

　　保証書、修理見積書

　　現況写真

（様式第８号）

令和　〇年　〇月　〇日

　山梨県知事　殿

申請者

住所　甲府市丸の内１－６－１

氏名又は名称　〇〇会〇〇〇病院

及び代表者職氏名　院長　山梨　太郎

令和　　年度消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

県から交付される交付決定の日付・番号を記載

　令和〇年〇月〇日付け医第〇〇〇号で交付決定のあった在宅医療連携体制構築支援事業費補助金について、消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額が確定したので、在宅医療連携体制構築支援事業費補助金交付要綱第１１条第１項に基づき、次のとおり報告します。

１　事業実績報告額

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　金〇,〇〇〇,〇〇〇円

２　消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税に係る仕入控除税　額

金〇,〇〇〇,〇〇〇円

３　添付書類

・消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額算出書（別紙）

　・消費税及び地方消費税確定申告書

　・その他参考となる書類

（別紙）

消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額算出書

１　補助事業者

〇〇会〇〇〇病院

２　補助事業者の所在地

　　甲府市丸の内１－６－１

３　補助事業名

　　令和〇年度在宅医療連携体制構築支援事業費補助金

４　県補助金確定額

　　金〇,〇〇〇,〇〇〇円

５　概要

　　（例）一括比例配分方式（補助金の使途が税務申告で明らかになっている）等

　（1)課税売上割合

　　　　　〇,〇〇〇,〇〇〇

　　　────────────　＝　○○.○○％

　　　　〇〇〇,〇〇〇,〇〇〇

　(2)仕入控除税額

　　　〇,〇〇〇円