様式第１号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記号番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

茨城県知事　大井川　和彦　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

（印省略）

茨城県在宅医療就労支度金補助事業費補助金交付申請書

　標記の補助金について、次により交付されるよう関係書類を添えて申請いたします。

記

１　申　請　額　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　補助金の交付対象者に該当することを証する書類（別添１）

３　履歴書（過去の勤務先、所属期間を含む）

４　医師免許証の写し

５　茨城県在宅医療就労支度金補助事業計画書（別添２）

別添１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記　号　番　号

令和　年　月　日

茨城県知事　大井川　和彦　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　医療機関住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関代表者名

（印省略）

茨城県在宅医療就労支度金補助事業実施要項における

補助金の交付対象者に該当することを証する書類

　標記の件について、下記のとおり業務を予定していることを証する。

記

雇用者について

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 生年月日 |  |
| 雇用契約日・期間 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日  （週　　　日・週　　時間） |
| 訪問診療実施回数  （予定） | １月あたり　　日　　　　回  （　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日） |
| 往診実施回数  （予定） | １月あたり　　日　　　　回  （　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日） |

　医療機関の在宅医療に関する診療状況について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関の種別 | ア　新たに開設された医療機関  イ　訪問診療を行っていない医療機関  ウ　訪問診療を行っていた医療機関が医師不在・減少により在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院に係る「施設基準に係る辞退届」を提出し、申請者を雇用することにより再開する医療機関　※１ | |
| 訪問診療について  ※２ | 雇用前  １月あたり平均　　０回 | 雇用後（予定）  １月あたり平均　　回 |

※１　医療機関の種別ウ　に該当する場合、提出した施設基準に係る辞退届の写しを添付すること

※２　訪問診療の回数については、過去1年間に算定した在宅患者訪問診療料の回数を12ケ月で除算して算定すること

別添２

茨城県在宅医療就労支度金補助事業計画書

（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 補助対象経費区分 | 対象経費  支出予定額 | 積　算　内　訳 |
| 居住用住宅の家賃 | 円 |  |
| 居住用住宅で使用する生活家電 | 円 | （　品　　　名　）　　　　　　　（金額）  円 |
| 訪問診療に必要な物品 | 円 | （　品　　　名　）　　　　　　　（金額）  円 |
| 合　　計 | 円 |  |

様式第２号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

　茨城県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所　茨城県

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業主体名

代表者氏名

令和５年度茨城県在宅医療を推進する取組支援事業費補助金

変更交付申請書

　標記補助金について、次により交付されるよう関係書類を添えて申請いたします。

記

１　申　請　額　　　　　　　　　　　　　　　円（千円以下切り捨て）

２　茨城県在宅医療就労支度金補助事業計画書（別添２）

様式第３号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記　号　番　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 茨城県知事　大井川　和彦

茨城県在宅医療就労支度金補助事業費補助金交付決定通知書

令和　　年　　月　　日付で申請のあった標記の補助金については、下記のとおり交付することに決定したので、茨城県在宅医療就労支度金補助事業費補助金交付要項第３条の規定に基づき、通知します。

記

　　１　交付決定額　　　　　　　　　　円

　　２　補助条件　　在宅医療就労支度金補助事業実施要項及び茨城県在宅医療就労支度金補助事業費補助金交付要項の遵守

様式第４号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

茨城県知事　大井川　和彦　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

（印省略）

茨城県在宅医療就労支度金補助事業費補助金交付請求書

令和　年　　月　　日付　　　第　　　号で交付決定のあった標記の補助金については、下記のとおり請求します。

記

　１　交付請求額　　　　　　　　　　円

２　補助金の受領方法

　　ア　直接払

　　イ　隔地払

　　ウ　口座振替払

　　　　　　振込先銀行　　　　　　　　　銀行　　　　　　支店

　　　　　　口座名義（ｶﾅ）　　　　　　　口座番号

　　　　　　預金種目

３　医療機関での勤務を証する書類（別添３）

４　茨城県在宅医療就労支度金補助事業報告書（別添４）

　別添３

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記　号　番　号

令和　年　月　日

茨城県知事　大井川　和彦　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 医療機関住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関代表者名

（印省略）

医療機関での勤務を証する書類

　　標記の件について、下記のとおり勤務したことを証します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　　月　　　　　日生 |
| 雇用契約日・期間 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日  （週　　日　　週　　時間） |
| 訪問診療実施回数 | 回（１月あたりの平均　　　回）  （　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日） |
| 往診実施回数 | 回（うち緊急・夜間休日　　　　回）  （１月あたりの平均　　　回）  （　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日） |

※　訪問診療実施数と往診実施回数については、勤務開始日から茨城県在宅医療就労支度金補助事業費補助金交付請求日までについて記載すること

※　実施要項第２条（１）ウに該当する医療機関の場合、提出した在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類の写しを添えること

別添４

茨城県在宅医療就労支度金補助事業報告書

（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 補助対象経費区分 | 対象経費  支出予定額 | 積　算　内　訳 |
| 居住用住宅の家賃 | 円 |  |
| 居住用住宅で使用する生活家電 | 円 | （　品　　　名　）　　　　　　　（金額）  円 |
| 訪問診療に必要な物品 | 円 | （　品　　　名　）　　　　　　　（金額）  円 |
| 合　　計 | 円 |  |

　※家賃の支払いがわかるもの、生活家電や訪問診療に必要な物品を購入した際の領収書等を添付すること

様式第５号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記号番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

　　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　茨城県知事　大井川　和彦

茨城県在宅医療就労支度金補助事業費補助金交付決定取消通知書

　令和　年　月　日付　第　号で交付を決定した、標記の補助金については、茨城県在宅医療就労支度金補助事業費補助金交付要項第６条の規定により、下記のとおり取り消したので通知します。

記

　　１　補助金額　　　　　　　　　　　　円

　　２　取り消し理由

様式第６号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記号番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

　　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　茨城県知事　大井川　和彦

茨城県在宅医療就労支度金補助事業費補助金取消分返還通知書

　令和　年　月　日付　第　号により交付決定の取り消しをした標記の補助金について、茨城県在宅医療就労支度金補助事業費補助金交付要項第７条の規定により、下記のとおり返還するよう通知します。

記

　　１　補助金額　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　２　補助金交付取消額　　　　　　　　　　　　　円

　　３　補助金返還額　　　　　　　　　　　　　　　円

　　４　補助金の返還期限　　　　　　　年　　月　　日

　　５　補助金の返還理由

様式第７号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

茨城県知事　大井川　和彦　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

（印省略）

茨城県在宅医療就労支度金補助事業費補助金実績報告書

茨城県在宅医療就労支度金補助事業費補助金交付要項第８条第１項に基づき下記のとおり本年度の訪問診療等の実績を報告します。

記

１　常時勤務した医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 訪問診療実施回数 | 回 |
| 往診実施回数 | 回 |

　　※詳細については、医療機関での勤務を証する書類（別紙５）を添えて報告すること

別添５

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記　号　番　号

令和　年　月　日

茨城県知事　大井川　和彦　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 医療機関住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関代表者名

（印省略）

医療機関での勤務を証する書類

　　標記の件について、下記のとおり勤務したことを証します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　　月　　　　　日生 |
| 雇用契約日・期間 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日  （週　　日　　週　　時間） |
| 訪問診療実施回数 | 回（１月あたりの平均　　　回）  （　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日） |
| 往診実施回数 | 回（うち緊急・夜間休日　　　　回）  （１月あたりの平均　　　回）  （　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日） |

※　訪問診療実施数と往診実施回数については、勤務開始日から四半期ごとについて記載すること