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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　医療機関住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関代表者名

（印省略）

茨城県在宅医療基盤整備事業費補助金交付申請書

　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

２　事業計画書（別紙１、別添１及びその他の添付資料）

３　年間取組（報告）書（別紙２）

４　補助金所要額調書（別紙３及び別紙３－１）

５　当該事業に係る収入支出決算書（又は見込書）抄本

６　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

別紙１

茨城県在宅医療基盤整備事業計画書

（１）医療機関種別（該当する方いずれかに〇をする）

　　　（　　）新規開設医療機関

　　　（　　）取組拡充（連携支援）医療機関

（２）茨城県保健医療計画における「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」（該当するものに〇をする）

　　　（　　）該当する

　　　（　　）該当予定（　　年　月　日から）

　　　（　　）該当しない

（３）直近1年間（　月1日～　月　日）の訪問診療等の実施回数

　　　往診：　　　回（うち緊急の往診　　　回）

　　　訪問診療：　　　回

　　　訪問看護（緊急を含む）　　　回

※　在宅療養支援診療所・病院においては、在宅療養支援診療所・病院に係る報告書で厚生局へ報告した数値を記入すること

（４）添付書類

　茨城県在宅医療基盤整備事業計画（報告）内訳書 （別添1）

（３）その他の添付資料

　・　整備する機器のパンフレット及び見積書の写し

※　新規開設医療機関においては（２）、（３）への記載は不要

別紙３

茨城県在宅医療基盤整備事業費補助金所要額調書

（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 総事業費  Ａ | 寄付金  その他の  収入額  Ｂ | 対象経費  支出予定額　　　　　Ｃ  (Ａ－Ｂ)  ※千円未満切捨 | 補助基準額  　　Ｄ | 県補助基本額  Ｅ  (Ｃ、Ｄいずれか  少ない方の額) | 県補助所要額    Ｆ  (Ｅ×補助率1/2)  ※千円未満切捨 | 既交付決定額    　　Ｇ | 交付申請額    Ｈ  (Ｆ－Ｇ) | 医療機関  負担額  Ｉ  (Ａ－Ｈ) |
| 茨城県在宅医療基盤整備事業 |  |  |  | 2,000,000 |  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  | 2,000,000 |  |  |  |  |  |

※対象経費支出予定額（C）及び県補助所要額(F)は千円未満を切り捨てた金額を記載すること。

※補助基準額（D）は2,000,000円

※既交付決定額(G)は当事業で既に交付決定されている場合を除き0円となる。

　当事業で既に交付決定をされている場合はその金額を記載すること。

別紙３－１

茨城県在宅医療基盤整備事業費補助金所要額内訳調書

（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 経　費　区　分 | 対象経費  支出予定額 | 積　算　内　訳 |
| 本事業に必要な備品購入費 | 円 |  |
| 合　　計（a） | 円 |  |
| 寄付金その他の  収入額（b） | 円 |  |
| 合 計（c）  （合計(a)-寄付金その他の収入額（b））  ※千円未満切捨 | 円 |  |

（注）本調書は、合計(a)が「別紙３総事業費　Ａ」と同額となること。

（注）本調書は、寄付金その他の収入額（b）が「別紙３寄付金その他の収入額　Ｂ」と同額となること。

（注）本調書は、合計(c)が「別紙３対象経費支出予定額　Ｃ」と同額となること。また千円未満を切り捨てた金額を記載すること。

（注）積算内訳については、経費区分毎に計を記載すること。

（注）経費区分には、「在宅医療基盤整備推進事業補助交付要項」の別表（第２条関係）及び（留意事項）を参照し、運営費等の補助対象外となる経費は記載しないこと。

別添１

茨城県在宅医療基盤整備事業計画（報告）内訳書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 医療機関名 |  | | | | |
| ２ | 所在地 |  | | | | |
| ３ | 整備事業 | 右記のいずれかの取組に○を記載 |  | 新規開設 |  | 取組拡充（連携支援） |
| ４ | 在宅療養の実施状況 | | | | | |
| １年間の実施状況   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | 前年の実施状況　※１  （令和　年　月　日～令和　年　月　日） | 新規開設又は取組拡充後の実施予定　※２  （令和　年　月　日～令和　年　月　日） | | 在宅療養を行った患者数 | 人 | 人 | | 往診の実施回数 | 回 | 回 | | そのうち緊急の往診　※２ | 回 | 回 | | 訪問診療の実施回数 | 回 | 回 | | 訪問看護（緊急を含む）の実施回数 | 回 | 回 |   ※１　在宅療養支援診療所・病院においては、在宅療養支援診療所・病院に係る報告書で厚生局へ報告した数値（前年7月1日～本年6月30日の実績）を記入すること  ※２　事業を実施した場合の、患者数を推計し記入すること  ※３　「緊急の往診」については、緊急又は夜間・休日若しくは深夜に行った往診を計上すること | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ５ | | 基盤整備（機器整備）の内容 | | | | | | |
| 品名 | | | 製造業者名 | 規格・型式 | 数量 | 購入 | | 備考（購入時期・耐用年数等を記載） |
| 単価（税込） | 合計金額（税込） |
| 補助対象事業分 | | |  |  |  | 円 | 円 |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |
| 合計 | | | ― | ― | ― | ― |  |  |
| ６ | 整備の目的、整備を必要とする理由及び期待される効果 | | | | | | | |
|  | (1)整備の目的  (2)整備を必要とする理由  (3)期待される効果  （※事業を実施することにより在宅患者訪問診療料の算定数がどれくらい増加するのかについても記載すること） | | | | | | | |
| ７ | 他の在宅医療実施医療機関、地域の市町村、医師会等との連携協力の状況（予定を含む） | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |

※単価、購入金額は税込み価格を記入すること。また、欄が不足する場合は、適宜追加して記入すること。

※実績報告時には、整備した医療機器の写真、契約書、納品書及び請求書の写しを添付すること。

様式第２号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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）

茨城県在宅医療基盤整備事業費補助金交付決定前着手届出書

　標記補助金について、下記により補助金交付決定前に事業に着手したいので、補助金交付要項第５条の規定により届け出ます。

なお、交付決定前に着手する事業に関して、補助金が交付されないこととなっても何ら異議の申し立てを行いません。

記

　１　事業内容

２　交付決定前に着手する理由

様式第３号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　健康　第　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

　　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　茨城県知事　大井川　和彦

茨城県在宅医療基盤整備事業費補助金交付決定通知書

　令和　年　月　日付　第　号で申請のあった、標記補助金については、茨城県補助金等交付規則第５条の規定により次のとおり交付することに決定したので、同規則第７条の規定により通知します。

記

事業に要する経費及び補助金の額

|  |  |
| --- | --- |
| 事業に要する経費 | 補助金の額 |
| 円 | 円 |

様式第４号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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）

茨城県在宅医療基盤整備事業費補助金追加（減額）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

２　事業計画書（別紙１、別添１及びその他の添付資料）

３　年間取組（報告）書（別紙２）

４　補助金所要額調書（別紙３及び別紙３－１）

５　当該事業に係る収入支出決算書（又は見込書）抄本

様式第５号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　健康　　第　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

　　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　茨城県知事　大井川　和彦

茨城県在宅医療基盤整備事業費補助金追加（減額）交付決定通知書

　令和　年　月　日付　第　号で申請のあった、標記補助金については、茨城県補助金等交付規則第５条の規定により、次のとおり追加（減額）交付決定したので同規則第７条の規定により通知します。

記

　　１　　　　　　　　　　　　　円

　　２　　　　　　　　　　　　　円

　　３　追加(減額)交付決定額　　　　　　　　　　　 円

様式第６号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記号番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

茨城県知事　大井川　和彦　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　医療機関所住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関代表者名

（印省略）

茨城県在宅医療基盤整備事業費補助金概算払申請書

　標記補助金概算払いについて、次により交付されるよう申請いたします。

記

１　申請額　　　　　　　　　　　　　　　　円

　２　申請理由

様式第７号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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）

茨城県在宅医療基盤整備事業費補助金事業実績報告書

　令和　年　月　日付　第　号で交付決定を受けた、標記補助金に係る事業実績について、次の関係書類を添えて報告いたします。

記

１　事業実績報告書（別紙４、別添１及びその他の資料）

２　年間取組（報告）書（別紙２）

３　補助金精算額調書（別紙５及び別紙５－１）

４　当該事業に係る収入支出決算書（又は見込書）抄本

別紙４

茨城県在宅医療基盤整備事業実績報告書

（１）医療機関種別（該当する方いずれかに〇をする）

　　　（　　）新規開設医療機関

　　　（　　）取組拡充（連携支援）医療機関

（２）茨城県保健医療計画における「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」（該当するものに〇をする）

　　　（　　）該当する

　　　（　　）該当予定（　　年　月　日から）

　　　（　　）該当しない

（３）直近1年間（　月1日～　月　日）の訪問診療等の実施回数

　　　往診：　　　回（うち緊急の往診　　　回）

　　　訪問診療：　　　回

　　　訪問看護（緊急を含む）　　　回

（４）添付書類

　茨城県在宅医療基盤整備事業計画（報告）内訳書 （別添1）

　　各項目について、計画時点のものを実績報告時点に修正し、報告すること。

（３）その他の添付資料

※　新規開設医療機関においては（２）、（３）への記載は不要

別紙５

茨城県在宅医療基盤整備事業費補助金精算額調書

（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 総事業費  Ａ | 寄付金  その他の  収入額  Ｂ | 対象経費  支出済額  Ｃ  (Ａ－Ｂ)  ※千円未満切捨 | 補助基準額    Ｄ | 県補助基本額  Ｅ  (Ｃ、Ｄいずれか  少ない方の額) | 県補助所要額    Ｆ  (Ｅ×補助率1/2)  ※千円未満切捨 | 既交付決定額    　　Ｇ | 県補助  受入済額  Ｈ | 精算額    Ｉ  (F-H）、(G-H)のいずれか少ない方の額 | 医療機関  負担額  　　Ｊ  （Ａ－Ｉ） |
| 茨城県在宅医療基盤整備事業 |  |  |  | 2,000,000 |  |  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  | 2,000,000 |  |  |  |  |  |  |

※対象経費支出済額（C）及び県補助所要額(F)は千円未満を切り捨てた金額を記載すること。

※補助基準額（D）は2,000,000円

※既交付決定額（G）は当事業で交付決定された金額を記載すること。

※県補助受入済額（H）は概算払をされている場合を除き0円となる。

　概算払申請の上、概算払を受けている場合はその金額を記載すること。

別紙５－１

茨城県在宅医療基盤整備事業費補助金精算額内訳調書

（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 経　費　区　分 | 対象経費  支出済額 | 積　算　内　訳 |
| 本事業に必要な備品購入費 | 円 |  |
| 合 計（a） | 円 |  |
| 寄付金その他の  収入額（b） | 円 |  |
| 合 計（c）  （合計(a)-寄付金その他の収入額（b）） ※千円未満切捨 | 円 |  |

（注）本調書は、合計(a)が「別紙５総事業費　Ａ」と同額となること。

（注）本調書は、寄付金その他の収入額（b）が「別紙５寄付金その他の収入額　Ｂ」と同額となること。

（注）本調書は、合計(c)が「別紙５対象経費支出予定額　Ｃ」と同額となること。また、千円未満を切り捨てた金額を記載すること。

（注）積算内訳については、経費区分毎に計を記載すること。

（注）経費区分には、「在宅医療基盤整備推進事業補助交付要項」の別表（第２条関係）及び（留意事項）を参照し、運営費等の補助対象外となる経費は記載しないこと。

様式第８号

健康　第　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

　　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　茨城県知事　大井川　和彦

茨城県在宅医療基盤整備事業費補助金確定通知書

　令和　年　月　日付　第　号で交付決定した、標記補助金については、令和　年　月　日付　第　号事業実績報告に基づき交付額を　　　　　　円に確定したので通知します。

様式第９号

　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）

消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

令和　年　月　日付　第　号で交付決定を受けた、令和　年度在宅医療基盤整備推進事業費補助金について、下記のとおり報告します。

記

１　茨城県補助金交付規則第１４条の規定に基づく額の確定額または事業実績報告額

金　　　　　　　　　　　　　　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　　　　　　　　　　　　　　円

３　添付書類

参考となる書類（上記２の金額の積算内訳等）

令和５年度茨城県在宅医療基盤整備事業費補助金

収支決算書抄本（例）

（収　入）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科　　　目 | 決　　算　　額 | 備　　　考 |
| 補　　助　　金 | 円 |  |
| 借　　入　　金 | 円 |  |
| 自　己　資　金 | 円 |  |
| 寄付金  その他の収入額 | 円 |  |
| 合　　　　計 | 円 |  |

（支　出）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科　　　目 | 決　　算　　額 | 備　　　考 |
| 茨城県在宅医療基盤整備事業費 | 円 |  |
| 合　　　　計 | 円 |  |

上記は、収支決算書の抄本に相違ありません。

令和　年 月 日

申請者

住所

氏名