

別記第1号様式

医療機関として発出する文書に番号を付さない場合、記入は不要です。

第 号
令和5年3月16日

山口県知事 村岡嗣政 様

実績報告の提出期限が3月31日なので、早期に提出してください。
3月31日に提出される場合は、実績報告も一緒に提出してください。

申請者 住所 山口市滝町1番1号

氏名 医療法人〇〇会△△医院
理事長 □□□□

電話番号 083-933-#####

FAX番号 083-933-#####

(担当者名 ■■ ■■)

法人格を有する場合は、法人名から記入してください。

□座名義人は法人格を有しているが、申請者氏名に法人格が確認できない場合、別人格となるため医療機関への確認作業が生じます。

(確認作業が必要となる例

：申請者氏名△△医院

□座名義人 医療法人〇〇会△△医院)

令和4年度時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者

派遣事業費補助金の交付(変更)申請について(2月から3月分)

標記補助金について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて申請します。

記

1 申請額 金9,360円

別紙1の「補助所要額」の計と同じ金額をご記入ください。

2 事業実施計画書(別紙1、別紙2及び別紙3)

3 添付書類

(1) 令和4年度歳入歳出決算(見込)書(抄本)

(2) その他参考となる書類

別紙2の「対象経費支出済額」の支出根拠が分かるもの(申請時は単価の算出根拠(就業規則等)、実績報告時は領収書等)を添付してください。

(別記第1号様式関係)

別紙1

事業実施計画書 (経費所要額調書)

(医療機関名: △△医院)

区分	総事業費 (A)	寄付金その 他の収入額 (B)	差引事業費 (A) - (B) = (C)	対象経費の支 出予定額 (D)	基準額 (E)	選定額 (F)	補助基本額 (G)	補助所要額 (H)
	円	円	円	円	円	円	円	円
医師	129,960	126,000	3,960	3,960	135,900	3,960	3,960	3,960
看護師等	50,400	45,000	5,400	5,400	49,680	5,400	5,400	5,400
計	180,360	171,000	9,360	9,360	185,580	9,360	9,360	9,360

市町等からの謝金
※個人に直接支払われている場合でも、経費の重複について確認します。余白に「市町等の謝金は個人へ直接支払い」の旨及び「謝金に対する経費内容」を記入してください。

別紙2より、「対象経費支出済額」をご記入ください。

別紙2より、「基準額」をご記入ください。

区分ごとに「基準額」と「対象経費支出予定額」を比較し、低い額の合計が「選定額」となります。

(注) (1) (A) 欄は、別紙2より、「対象経費支出済額」をご記入ください。
(2) (E) 欄は、別紙2より、「基準額」をご記入ください。
(3) G欄は、C欄とF欄を比較して少ない方の額を記入すること。

(別記第1号様式関係)

別紙2

記載例

基準額の単価は
・医師1人1時間 7,550円
・看護師等1人1時間 2,760円です。

業 実 施 計 画 書 (事 業 費 内 訳 書)

(医療機関名: △△医院)

区 分	派遣職種 (派遣会場)	基 準 額			対 象 経 費 支 出 予 定 額				備 考
		接種時間数	単 価	金 額	支出内訳	数量	単 価	金 額	
医師	医師派遣1人 (◇◇学校、◇◇公民館)	18	7,550	135,900	時間外勤務手当 計	18時間	7,220	129,960 129,960	
看護師等	看護師派遣2人 (◇◇学校、◇◇公民館) 救急救命士派遣 1人(◇◇公民館)	18	2,760	49,680	B看護師 時間外勤務手当 C看護師 時間外勤務手当 D救急救命士 時間外勤務手当 計	9時間 5時間 4時間	3,000 2,400 2,850	27,000 12,000 11,400 50,400	
合 計				185,580	対象経費支出予定額は、派遣元医療機関が派遣に要した費用を計上してください。 通常、単価は個人ごとに違います。就業規則等で定められた費用を計上し、 <u>基準額の単価や記載例の単価をそのまま引用しないでください。</u>				

(注) (1) 備考欄には、必要に応じて理由、用途等参考となる事項を具体的に記入すること。

(2) 項目ごとに算出根基資料の写し等を添付すること。

法人格を有する場合は、法人名から記入してください。
 口座名義人は法人格を有しているが、医療機関等名称に法人格が確認できない場合、別人格となるため医療機関への確認作業が生じます。
 (確認作業が必要となる例：医療機関等名称 △△医院、口座名義人 医療法人〇〇会△△医院)

医療機関等名称 **医療法人〇〇会△△医院**

(別記第1号様式関係)

別紙3

記載例

時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣実施計画書

(1/2)

接種会場	週の派遣時間数								時間外	休日	派遣先集団接種会場
	2/5	2/6	2/7	2/8	(木) 2/9	(金) 2/10	2/11	2/11			
◇◇学校	医師の派遣時間数	5								5	
	医師の派遣人数	1								1	
	看護師等の派遣時間数	5								5	
	看護師等の派遣人数	1								1	
◇◇公民館	2/12	2/13	2/14	2/15	2/16	2/17	2/18				
	医師の派遣時間数				4			4			
	医師の派遣人数				1			1			
	看護師等の派遣時間数				4			4			
◇◇学校	2/23	2/24	2/25								
	医師の派遣時間数										
	医師の派遣人数										
	看護師等の派遣時間数										
◇◇学校	2/26	2/27	2/28	3/1	3/2	3/3	3/4				
	医師の派遣時間数	5								5	
	医師の派遣人数	1								1	
	看護師等の派遣時間数	5								5	
◇◇公民館	3/5	3/6	3/7	3/8	3/9	3/10	3/11				
	医師の派遣時間数										
	医師の派遣人数										
	看護師等の派遣時間数										
◇◇公民館	3/12	3/13	3/14	3/15	3/16	3/17	3/18				
	医師の派遣時間数				4			4			
	医師の派遣人数				1			1			
	看護師等の派遣時間数				4			4			
	3/19	3/20	3/21	3/22	3/23	3/24	3/25				
	医師の派遣時間数										
	医師の派遣人数										
	看護師等の派遣時間数										
	3/26	3/27	3/28	3/29	3/30	3/31					
	医師の派遣時間数										
	医師の派遣人数										
	看護師等の派遣時間数										

時間外
 ・概ね午前8時前と午後6時以降
 (土曜日の場合は午前8時前と正午以降)
 ・休日以外の日を終日休診日とする医療機関
 における当該休診日

休日
 ・日曜日
 ・国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日

医師1人、看護師1人が5時間従事した例です。
 医師2人が各5時間従事した場合
 医師の派遣時間 10時間
 医師の派遣人数 2人 となります。

△△医院の診療時間外(木曜日午後)の派遣のため、時間外にご記入ください。

△△医院の休診日(日曜日)の派遣のため、休日にご記入ください。

派遣された市町の集団接種会場をご記入ください。

	合計	
医師の派遣時間数	18	
医師の派遣人数	1	
看護師等の派遣時間数	18	
看護師等の派遣人数	3	

医療機関で標榜している診療時間をご記入ください。

(参考) 標榜する診療時間

日		休診	
月		8:00~12:00	14:00~18:00
火		8:00~12:00	14:00~18:00
水		8:00~12:00	14:00~18:00
木		8:00~12:00	
金		8:00~12:00	14:00~18:00
土		8:00~12:00	
備考			

派遣人数や接種時間数など、医療機関において証明願います。また、証明書なので押印をお願いします。

上記が事

を証明する。

〇会△△医院 理事長 □□□□ 印

派遣時間数は延べ時間数派遣人数は実人数をご記入ください。
※別紙2の取組内容を作成する際の参考となります。

[今回の例 (派遣日)]

- A 医師 2/5 (5時間)、2/16 (4時間)、2/26 (5時間)、3/16 (4時間)
 - B 看護師 2/5 (5時間)、2/16 (4時間)
 - C 看護師 2/26 (5時間)
 - D 救急救命士 3/16 (4時間)
- ⇒ 医師1名 (18時間)、看護師等3名 (18時間)

令和4年度歳入歳出予算（見込）書抄本（関係分のみ）

記載例

（歳入）

別記第1号様式の申請額と同じ金額をご記入ください。

科 目	決 算	備 考
時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業費補助金 （一般歳入）	円 9,360 171,000	事業主負担等
計	180,360	

下記の「歳出」合計額と同じ金額をご記入ください

（歳出）

科 目	決 算 額	備 考
賃金	円 180,360	
計	180,360	

交付要綱の対象経費（賃金、報酬、謝金、旅費、役務費（保険料）等）ごとに集計してください。

別紙1の「総事業費」と同じ金額をご記入ください。

令和5年3月16日

医療機関の長 医療法人〇〇会△△医院

理事長 □□□□