

別記第2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10日

山口県知事 村岡嗣政 様

提出期限は3月31日です。  
遅くとも3月31日までの日付で提出してください。

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実績報告について (2月から3月分)

標記補助金について、次のとおり関係書類を添えて報告します。

記

- 1 精算額 金9,360円
- 2 事業実績報告書 (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2号様式関係)

別紙1

実績報告書 (経費所要額精算書)

(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 出済額 (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「対象経費支出済額」を比較し、低い額の合計が「選定額」となります。

(2) F欄は、D欄とE欄を比較して少ない方の額を記入すること。

(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2号様式関係)

記載例

別紙2

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。

実績報告書(事業実績内訳書)

(医療機関名: △△医院)

区分	派遣職種 (派遣会場)	基準額			対象経費支出済額				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					

対象経費支出済額は、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、単価は個人ごとに異なります。就業規則等で定められた費用を計上し、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。

(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) 項目ごとに算出根拠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。  
 □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、□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2号様式関係)

別紙3

記載例

(1/2)

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

派遣実績報告書

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

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

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年度歳入歳出決算（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31日

医療機関の長 医療法人〇〇会△△医院

理事長 □□□□

請 求 書

金9,360円

これは、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として、上記のとおり請求します。(2月から3月分)

令和5年4月●●日

山口県知事 村岡嗣政 様

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、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

：名称 △△医院

□座名義人 医療法人〇〇会△△医院)

所在地：山口市滝町1番1号

名称：医療法人〇〇会△△医院

代表者名：理事長 □□□□

金融機関	● ● 銀行 ▲ ▲ 支店	
	信用金庫・組合 支所 出張所	
	種類	1 普通 2 当座 3 別段預金
	口座番号	7777777
	所在地	記入不要です。
口座名義人 (カタカナ)	山口市滝町1番1号 〇〇会△△医院 理事長 □□□□	

担当部署	事務
担当者名	■■ ■■
連絡先電話番号	083-933-####

請求書の事務手続等で確認することがあります。代表者等の責任者でなく、実際に事務手続きをされる担当者をご記入ください。

別記様式第4号

令和5年8月30日

山口県知事 様

所在地 山口市滝町1番1号  
申請者 団体名 医療法人〇〇会△△医院  
団体の長 理事長 □□□□  
担当者 職・氏名 事務 ■■■ ■■■  
連絡先 083-933-####

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に係る消費税仕入控除税額の報告について（2月から3月分）

令和5年3月●●日付け指令令4健康増進第\*\*\*\*号で交付を受けました補助金にかかる消費税仕入控除税額について、次のとおり関係書類を添えて報告します。

- 1 補助金の額の確定額（又は事業実績報告額）  
金 9,360円
- 2 消費税の申告により確定した消費税仕入控除税額（要補助金返還相当額）  
金 0円
- 3 2の金額の算定資料  
別添のとおり

- ・免税事業者の場合は、その旨を余白に記入してください。
- ・免税事業者以外は、確定申告書など根拠資料を添付してください。