

令和6年度高知県在宅医療提供体制整備事業費補助金

申請書 記入例

(医療機器)

【問い合わせ先】

高知県 健康政策部 在宅療養推進課

〒 780-8570 高知市丸ノ内 1-2-20

TEL : 088-823-9104 FAX : 088-823-9137

E-mail : 131401@ken.pref.kochi.lg.jp

別記

第1号様式（第4条関係）

貴院の文書管理番号がある
場合はご記入ください。

申請書の提出日 第 〇 号
令和 〇 年 〇 月 〇 日

高知県知事 様

補助事業者 住所 高知市〇〇町〇〇-〇〇
氏名 医療法人〇〇〇 理事長〇〇 〇〇
生年月日 昭和〇年〇月〇日

押印不要

令和6年度高知県在宅医療提供体制整備事業費補助金 交付申請書

高知県補助金等交付規則第3条及び令和6年度高知県在宅医療提供体制整備事業費補助金交付要綱第4条の規定により、補助金の交付を関係書類を添えて申請します。

記

別紙1のH欄と同じ額をご
記入ください

1 補助申請額 金 1,200,000 円

2 添付書類

- (1) 経費所要額調書（別紙1）
- (2) 医療機器等整備内訳書（別紙2）
- (3) 事業計画書（別紙3-1又は別紙3-2）
- (4) 見積書
- (5) 歳入歳出予算書（抄本）（別紙4）
- (6) 県税事務所で発行する全税目（個人県民税及び地方消費税を除く。）の納税証明書、
県税完納情報の提供に係る同意書（※1）及び本人確認書類の写し（※2）、又は
県税の納税義務がない旨の申立書のいずれか

1つの製品の購入価格が30万円
を超える場合は、2社以上から見
積もりを取ってください。

※1：税務課が別に定める「県税完納情報提供事務処理要項」における第4号様式。
 ※2：補助事業者が個人の場合は、マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証の写し等。
 補助事業者が法人の場合は、法人代表者のマイナンバーカード、運転免許証、健康保険証の写し等。
 （注）マイナンバーカードは表面のみコピー（裏面はマイナンバーの表示があるため、提出は不可と
 する。）、健康保険証の保険者番号及び被保険者等記号・番号は復元できない程度にマスキ
 ング処理を施す等してください。

(7) (1)から(6)までに掲げる書類のほか、パンフレット等、整備する機器の内容が
分かる書類

(注) 補助事業者名は、設置主体の代表者名を記入してください。

補助金振込先：金融機関名 〇〇銀行
 支店名 〇〇支店
 口座名義人(カナ) リョウホクジン〇〇〇 リジチャウ 〇〇 〇〇
 口座番号
 種別：(普通)当座 番号：〇〇〇〇〇〇

金額は全て税込み価格で記載して下さい。
着色セルには式が入っていますので、白色セルに入力して下さい。

経費所要額調書

購入予定の医療機器の総額が2,400,000円の場合
(A)、(C)欄に2,400,000円
(E)欄は上限額の3,000,000円
(G)欄(補助率)は1/2
(H)欄は $2,400,000 \times 1/2 = 1,200,000$ 円を記入して下さい。

補助事業者名	医療法人〇〇〇
--------	---------

(単位：円)

総事業費 (A)	寄附金その他の収入額 (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)	補助率 (G)	補助所要額 (F) × (G) (H)	備考
2,400,000	0	2,400,000	2,400,000	3,000,000	2,400,000	1/2	1,200,000	

D欄、E欄を比較して低い方の額を記載して下さい。

H欄の額を第1号様式の補助金申請額に記載して下さい。

※「選定額(F)」欄は、(D)欄又は(E)欄のいずれか低い方の額を記入して下さい。

※「補助所要額(H)」欄は、算出した額に1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額を記入して下さい。

(F) × (G)に1,000円未満の端数が生じた場合は1,000円未満を切り捨てして下さい。
(例)
(F)643,000円 × (G)1/2 = 321,500
321,000円をH欄に記入

医療機器等整備内訳書

要綱別表第1の補助事業者①～④のいずれか該当する番号

金額は全て税込み価格で記載して下さい

補助事業者 (①)

1 設備整備の内容

品名	メーカー	規格	数量	単価	金額	備考
超音波診断装置	(株)○○○○	AB-2	1	○○○○	<div style="border: 2px dashed black; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;"> ○○○○ ○○○○ ○○○○ </div>	対象機器 (2)
解析付き心電図	×××× (株)	C-300D	1	○○○○		対象機器 (3)
ポータブル内視鏡	△△△ (株)	EF1000	1	○○○○		対象機器 (4)
合計	-	-	-	-	2,400,000	-

購入する医療機器の種類

メーカー名

製品の型番など、どの製品か分かるもの

見積書に記載の価格 (税込み価格)

医療機器の合計額 (税込み価格) この額を別紙1の (A)欄に記入

要綱別表第1の対象機器 (1)～(18) いずれか該当するもの

※上部には別表第1の補助事業者①から④のいずれかを記入し、備考欄には、その品名が別表第1の対象機器の何番に該当するか記入してください。
 (備考欄の記入例： 対象機器 (1))

事業計画書

1または2の該当する方に○をしてください

開設者	医療機関名	所在地					
〇〇 〇〇	医療法人〇〇 〇〇内科	〒〇〇〇-〇〇〇〇 高知市〇〇町〇〇-〇〇					
種別	1 在宅療養支援診療所・病院		2 その他				
担当者名	〇〇 〇〇	TEL	〇〇〇-〇〇〇〇	FAX	〇〇〇-〇〇〇〇	MAIL	〇〇〇@〇〇〇〇

事務担当者の氏名

新たに在宅医療に取り組む場合はこちらに記入

本年度より24件(2件/月)以上増えること

1. 医療機関の現況

①新たに在宅医療に取り組む医療機関

在宅医療実施計画	本年度		来年度以降	
	年度当たり	10 件	年度当たり	34 件

※在宅患者訪問診療料(同一建物居住者以外・同一建物居住者)の「算定回数」を記載してください。

※(少なくとも)年間の訪問診療件数を24件程度(月間2件)増加させるよう、計画してください。

以前から在宅医療を実施している場合はこちらに記入

昨年度より24件(2件/月)以上増えること

本年度より24件(2件/月)以上増えること

②既に在宅医療に取り組んでいる医療機関

在宅医療実施計画	昨年度	本年度	来年度以降
	年度当たり 10 件	年度当たり 34 件	年度当たり 48 件

※在宅患者訪問診療料(同一建物居住者以外・同一建物居住者)の「算定回数」を記載してください。

※(少なくとも)年間の訪問診療件数を24件程度(月間2件)増加させるよう、計画してください。

年度途中で申請する場合は、申請時点から年度末までの増加件数を記載してください。
8月に申請する場合、7ヶ月間(8月～翌年3月)×2件/月=14件は増加するようにしてください。

2. 整備事業の必要性

現在、毎週水曜日の午後に診療所から半径〇kmを中心に往診を行っているが、今後は金曜日の午後も往診し、〇〇町まで訪問範囲を広げることで月〇件は訪問件数が増える見込みである。
超音波診断装置を用いることで……となり、的確な診断が可能となる。
解析付き心電図は……するために用い、ポータブル内視鏡は……に用いる。

計画を実行するための方法を具体的に記載してください。
(例)診療時間を〇〇から〇〇に増やす、スタッフを〇名増やす等

※訪問診療をどのように増加させていくかを、具体的に記載してください。

※購入した機器を在宅医療にどのように活用するかを、具体的に記載してください。

※少なくとも、対象とする地区や訪問診療を実施する曜日、時間数について、現在の状況と今後の計画とを比較して、どの程度拡充させるか、わかるように記載してください。

歳入歳出予算書 (抄本)

(単位：円)

歳入			歳出		
項目	予算額	備考	項目	予算額	備考
県補助金	1,200,000		機器購入経費	2,400,000	
	別紙1の(H)欄と同じ額を記入			別紙1の(H)欄と同じ額を記入	
その他収入 (寄付金, その他補助金等)	0				
事業主負担	1,200,000				
	機器購入経費－県補助金				
計	2,400,000		計	2,400,000	