

文 書 番 号
年 月 日

宮崎県知事 河野 俊嗣 殿

補助事業者名

年度地域医療勤務環境改善体制整備事業費補助金交付申請書

地域医療勤務環境改善体制整備事業費補助金交付要綱に基づく 年度地域医療勤務環境改善体制整備事業費補助金については、 円を交付されるよう補助金の交付に関する規則（昭和39年宮崎県規則第49条）第3条の規定により、関係書類を添えて申請する。

- 1 添付書類
 - (1) 事業計画書
 - (2) 収支予算書
 - (3) 地域医療勤務環境改善体制整備事業実績等報告書
 - (4) 勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制報告書
 - (5) 納税証明書
 - (6) 特別徴収実施確認・開始誓約書
 - (7) 誓約書
 - (8) 勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画
 - (9) その他参考となる資料
- 2 本件担当者氏名等
 - 担当者氏名
 - 電話番号
 - 電子メール

文 書 番 号
年 月 日

宮崎県知事 殿

補助事業者名

年度地域医療勤務環境改善体制整備事業費補助金実績報告書

年 月 日付 で交付決定のあった 年度地域医療勤務環境改善体制整備事業費補助金については、補助金等の交付に関する規則（昭和39年宮崎県規則49号）第14条の規定により、実績について関係書類を添えて報告する。

- 1 事業実績書
- 2 収支決算書
- 3 補助事業により取得し、又は効用の増加した財産の概要を示す書類
- 4 その他参考となる資料

別記

様式第1号（第6条、第12条、規則第3条及び第14条関係）

事業計画（実績）書

1 事業の目的

2 事業の内容

3 経費の配分

区分	総事業費 (A+B+C)	補助事業 に要する (要した) 経費	補助基準額 最大使用 病床数 × 133千円	負担区分			備考
				県費補助金 (A)	寄附金 その他収入 (B)	自己資金 (C)	
		資産の形成に 繋がる事業					
		その他の事業					
合計							

(注) (A)欄には、補助事業に要する(要した)経費に補助率を乗じた額と補助基準額とを比較して少ない額を記入すること。なお、算定に当たっては1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。

4 事業予定(完了)年月日

様式第2号（第6条、第12条、規則第3条及び第14条関係）

収支予算（決算）書

1 収入の部

（単位：円）

区分	決算額	予算額	備考
県費補助金			
寄付金			
その他収入			
自己資金			

2 支出の部

区分	決算額	予算額	備考
総事業費			
補助に要する（要した）経費			

様式第3号（第6条関係）

地域医療勤務環境改善体制整備事業申請書

医療機関名		
住所		
代表者（管理者）名		
担当者名・連絡先	役職・氏名	連絡先 電話番号 メールアドレス

（実績等）

1 当該事業に係る最大使用病床数	医療法上の病床種別	病床機能報告により都道府県へ報告している最大使用病床数 <small>精神科救急を根拠とする場合は同報告と同時点の精神科病床数</small>
	一般病床	床
	合計	床
2 救急用の自動車等による搬送実績	救急用の自動車等による搬送実績 期間：（ ）年1月～12月 <small>病床機能報告と期間が異なる</small> 上記期間における救急用の自動車等による搬送件数： （ ）件	
3 その他診療実績 <small>2において救急用の自動車等による搬送実績が1000件未満の場合は右欄のいずれに該当するかチェックの上記載（内容について説明が記載仕切れない場合には別紙として差し支えない）</small>	ア 夜間・休日・時間外入院件数（ ）件 期間：（ ）年1月～12月 <small>病床機能報告と期間が異なる</small> イ 離島、へき地等で、同一医療圏に他に救急対応可能な医療機関が存在しないなど 実績等（ ） ア 周産期医療、小児救急医療機関、精神科救急等 実績等（ ） イ 脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患の急性期医療 実績等（ ） その他在宅医療 実績等（ ）	
4 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制	様式第4号に記載すること。	

〔記載上の注意〕

- 「2」については、申請を行う年度の前年1年間（令和3年度に申請する場合は、令和2年1月から12月の1年間までの）の救急用の自動車等による搬送件数を記載すること。
なお、医療提供に関する実績については、新型コロナウイルス感染症拡大を踏まえた診療報酬の臨時的な取扱いに準じるものとする。
- 様式第4号を添付すること。

勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制

新規申請時の状況について記載する事項

(には、適合する場合「✓」を記入すること)

(1) 勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握					
ア 医療機関に勤務する医師数 (令和 年 月 日時点)		常勤: ()名 宿日直(*1)を担当する医師()名(うち非常勤()名)	非常勤: ()名		
*1 宿日直については、平日の平均的な1日における体制を記載すること					
イ 勤務医の勤務状況の把握等(令和 年 月分)					
(ア) 勤務時間の具体的な把握方法		タイムカード、ICカード 出席簿又は管理簿等の用紙による記録(上司等による客観的な確認あり) その他 (具体的に:)			
(イ) 勤務時間以外についての勤務状況(*2)の把握内容		年次有給休暇取得率 育児休業・介護休業の取得率			
		時短勤務実施者(*3)数 その他 (具体的に:)			
*2 前年度の実績を記載。 *3 所定労働時間をあらかじめ減じた勤務体制としている者					
(ウ) 超過勤務時間(時間/月)(*4)		平均: ()時間/月	80時間/月以上の者の人数: ()名		
		最大: ()時間/月	155時間/月以上の者の人数: ()名		
		最小: ()時間/月			
*4 常勤医における値を記載。 *4 超過勤務時間: 法定休日以外の日において1日につき8時間を超えて労働した時間並びに1週について40時間を超えて労働した時間数及び法定休日(週に1日、又は、4週につき4日付与する義務あり)において労働した時間の総和					
(エ) 宿日直(回/月)		平均: ()回/月			
		最大: ()回/月			
		最小: ()回/月			
		連日当直を実施した者の人数及び回数: ()名・のべ()回			
(オ) その他(自由記載・補足等)					
(2) 勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制					
ア 勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する責任者		氏名: ()	職種: ()		
イ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議		開催頻度: _____回/年 参加人数: 平均 _____人/回 参加職種()			
ウ 勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画		計画策定 (初回の策定年月日: 年 月 日) (直近の更新年月日: 年 月 日)	職員に対する計画の周知		
エ 勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開		医療機関内に掲示する等の方法で公開 (具体的な公開方法)			
(3) 勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の具体的な取組内容					
(ア)~(ク)の項目を踏まえ検討し、必要な事項を記載すること(記載した事項に✓すること)(申請時に提出すること。)					
(ア) 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的な内容					
(イ) 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施			(ウ) 勤務間インターバルの確保		
(エ) 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮			(オ) 当直翌日の業務内容に対する配慮		
(カ) 主治医制の見直しの実施			(キ) 短時間正規雇用医師の活用		
(ク) その他 () その他取組の例: 所定労働時間内での病状説明の励行に係る掲示 等					
(4) (3)の取組内容に要する経費					
補助対象経費	支出内容	資産形成有無	所要見込額	補助対象額	
合計					
医師に関する36協定締結状況 該当する項目を で囲む。 (960時間超で締結済み ・ 960時間超で締結予定 ・ 締結検討中 ・ 他院と通算して長時間)					

(記載上の注意)

1 (3)は検討した取組内容について1つ以上選択すること。

2 (4)は補助対象経費が複数ある場合は欄を適宜追加又は別紙として添付すること。

特別徴収実施確認・開始誓約書

年 月 日

医療機関名

代表者氏名

チェック欄(いずれかに該当する項目()にチェックを入れてください。)

1 領収証書の写し添付

当事業所は、現在、 市(町村)の特別徴収義務者の指定を受け、従業員等の個人住民税について、特別徴収を実施し納付しています。

6か月以内の領収証書の写しを添付してください。

2 添付する領収証書の写しがない場合等

(1) 特別徴収実施確認

当事業所は、現在、 市(町村)の特別徴収義務者の指定を受け、従業員等の個人住民税について、特別徴収を実施しています。

市町村の確認印を受けてください。

(2) 特別徴収義務がない

当事業所は、特別徴収義務のない事業所です。

市町村の確認印を受けてください。

(3) 開始誓約

当事業所は、 年 月から、従業員等の個人住民税について、特別徴収を開始することを誓約します。

つきましては、特別徴収税額の決定通知書を当社(者)あてに送付してください。

市町村の確認印を受けてください。

市(町・村)確認印

--

様式第6号（第6条関係）

文 書 番 号
年 月 日

宮崎県知事 殿

補助事業者名

誓 約 書

私は、 年度地域医療勤務環境改善体制整備事業費補助金の交付申請を行うに当たり、次の事項について誓約します。

チェック欄（誓約の場合、 にチェックを入れてください。）

自己及び当該事業の実施主体の構成員等は、次の各号のいずれにも該当しません。また、次の各号に掲げる者が、運営に実質的に関与している法人又は団体ではありません。

ア 暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）

イ 暴力団員（同法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）

ウ 暴力団又は暴力団員と密接な関係を有する者

様式第7号(第10条関係)

文 書 番 号
年 月 日

宮崎県知事 殿

申請者 住 所
氏 名

地域医療勤務環境改善体制整備事業費補助金変更承認申請書

年 月 日付け(文書番号)で補助金交付決定通知のあった地域医療勤務環境改善体制整備事業費補助金について下記のとおり変更したいので、地域医療勤務環境改善体制整備事業費補助金交付要綱第10条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

- 1 補助金(変更)交付申請額 金 円
- 2 計画変更の概要及び理由
- 3 添付書類

文 書 番 号
年 月 日

宮崎県知事

殿

申請者 住所
氏名

年度消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

年 月 日第 号により補助金交付決定通知のあった 年度地域医療勤務環境改善体制整備事業費補助金について、地域医療勤務環境改善体制整備事業費補助金交付要綱第12条の規定に基づき、下記のとおり報告する。

- | | | |
|--|---|---|
| 1 補助金等の交付に関する規則第15条の補助金の額の確定額
(年 月 日付け第 号による確定通知額) | 金 | 円 |
| 2 補助金の確定時に減額した仕入に係る消費税相当額 | 金 | 円 |
| 3 消費税及び地方消費税の申告により確定した仕入に係る消費税等仕入控除税額
(要補助金返還相当額) | 金 | 円 |
| 4 補助金返還相当額(3 - 2) | 金 | 円 |