別記

第１号様式（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

高知県知事　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日

令和４年度高知県地域周産期母子医療センター運営費補助金交付申請書

令和４年度高知県地域周産期母子医療センター運営費補助金交付要綱第５条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

１　補助金申請額　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　円

２　関係書類

（１）令和４年度高知県地域周産期母子医療センター運営費補助金所要額調書（第1号様式の（１））

（２）地域周産期母子医療センター運営事業計画書　　　　（第1号様式の（２））

（３）地域周産期母子医療センター運営事業所要額明細書　（第１号様式の（３））

（４）臨床心理技術者配置加算所要額明細書（第１号様式の（４））

（５）歳入歳出予算（見込み）書の抄本（当該補助事業の支出予定額を「備考」欄に記入してください。）

（６）（１）から（５）までに掲げるもののほか、参考となる資料（委託運営している場合は、委託契約書の写し）

（７）納税証明書（※県税の滞納がないことを証明するもの）

又は　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）

 ※１：税務課が別に定める「県税完納情報提供事務処理要領」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、運手免許証、健康保険証の写し等

 （注）マイナンバーカードは表面のみのコピー（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。

（注）補助事業者氏名は、設置主体の代表者を記入してください。

　　　　補助金振込先　　　銀行名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　支店

　　　　　　　　　口座番号（普通・当座）

口座名義人（カタカナ）

第１号様式の（１）

令和４年度高知県地域周産期母子医療センター運営費補助金所要額調書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  区 分 | 総事業費（Ａ） | 診療収入及び寄附金その他の収入額（Ｂ） | 差引き事業費（Ｃ＝Ａ－Ｂ） | 対象経費の支出予定額（Ｄ） | 基準額（Ｅ） | 選定額（Ｆ） | 補助金所要額（Ｇ） | 備　考 |
| 地域周産期母子医療センター | 　　　　 　円 | 　　　　　 円 | 　　　　 円 | 　　　　　 円 | 　　　　　 円 | 　　　　　 円 | 　　　　　 円 |  |
| 臨床心理技術者配置加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |

（記入要領）

（１）　「総事業費」欄は、当該事業に係る部分のみを記入してください。

（２）　「選定額」欄は、「対象経費の支出予定額」と「基準額」とを比較して少ない方の額を記入してください。

（３）　「補助金所要額」欄は、「選定額」と「差引き事業費」とを比較して少ない方の額に３分の１を乗じて得た額を記入してください。ただし、算出に当たっては、1,000円未満の端数を生じた場合は、これを切り捨ててください。

1. 当該事業を設置者が委託契約によって運営する場合は、「総事業費」、「診療収入及び寄附金その他の収入額」及び「差引き事業費」の各欄について

は当該事業の直接の経費を計上し、「対象経費の支出予定額」欄については委託契約額を計上してください。

第１号様式の（２）

地域周産期母子医療センター運営事業計画書

（１）施設概要　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 開設者 | 施設名 | 施設所在地 | 運営病床数 | 業務開始年 月 日 |
|  |  |  | 　　　　　　　床再掲ＮＩＣＵ　　　床ＧＣＵ　　　床 | 　年 月 日 |

（２）職員数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職員数職種別 | 病院職員総　　数 | １日当たりの周産期医療センター従事者数 | 備　考 |
| 常勤 | オンコール |
| 医師　産科　小児科　看護師（助産師を含む。）その他の医療従事者検査技師診療放射線技師薬剤師臨床心理技術者その他の医療技術職事務職員等 | 人 | 人 | 人 |  |
| 計 |  |  |  |  |
|  |

（注）　交代制勤務体系を取っている職種については、「備考」欄に詳細に記入してください。

第１号様式の（３）

地域周産期母子医療センター運営事業所要額明細書

収支見込み表

1. 歳出額　　　　　　　　　　　　　　　　（施設名　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　　分 | 支出予定額 | 算　出　内　訳 |
| 職員基本給職員諸手当非常勤職員手当諸謝金旅費備品費消耗品費材料費医薬品費診療材料費給食材料費印刷製本費通信運搬費光熱水料借料及び損料社会保険料雑役務費（修繕料）燃料費委託費減価償却費資産消耗費　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　円 |  |
| 合　　　計 | 　　　　　　 |  |

1. 歳入額

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　　分 | 収入予定額 | 算　出　内　訳 |
| 医　業　収　益　　入　院　収　入　　外　来　収　入医 業 外 収 益 | 　　　　　　　　　円 |  |
| 合　　　計 |  |  |
| 収 支 差 額 |  |  |

（注）１　当該年度の予定額を記入してください。医師の給料等は、産科及び小児科に係るもののみ計上してください。

２　減価償却費については、補助金を受けた資産に係る部分は、対象経費に含めないこととしてください。

３　「算出内訳」欄は、詳細に記入してください。

第１号様式の（４）

臨床心理技術者配置加算所要額明細書

＜歳出額＞　　　　　　　　　　　　　　　　　（施設名　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　　分 | 支出予定額 | 算　出　内　訳 |
| 職員基本給職員諸手当非常勤職員手当諸謝金消耗品費材料費医薬品費診療材料費印刷製本費光熱水料会議費社会保険料雑役務費（修繕料）燃料費　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　円 |  |
| 合　　　計 | 　　　　　　 |  |

（注）１　当該年度の予定額を記入してください。臨床心理技術者の給料等は、地域周産期母子医療センターに係るもののみ計上してください。

２　「算出内訳」欄は、詳細に記入してください。

第２号様式（第７条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

　高知県知事　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者氏名

令和４年度高知県地域周産期母子医療センター運営費補助金事業変更

（中止・廃止）承認申請書

　令和　　年　　月　　日付け高知県指令　　第　　　号で補助金の交付の決定通知がありましたことについて、下記の理由により事業計画の変更（中止・廃止）をしたいので、令和４年度高知県地域周産期母子医療センター運営費補助金交付要綱第７条第　号の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

１　変更（中止・廃止）理由

２　変更内容

３　関係書類

1. 令和４年度高知県地域周産期母子医療センター運営費補助金所要額調書（第１号

様式の（１））

（２）地域周産期母子医療センター運営事業計画書　　　　（第１号様式の（２））

（３）地域周産期母子医療センター運営事業所要額明細書　（第１号様式の（３））

（４）臨床心理技術者配置加算所要額明細書（第１号様式の（４））

（５）歳入歳出予算（見込み）書の抄本（当該補助事業の支出予定額を「備考」欄に記入してください。）

（６）（１）から（５）までに掲げるもののほか、参考となる資料（委託運営している場合は、委託契約書の写し）

第３号様式（第９条関係）

概　　算　　払　　請　　求　　書

金　　　　　　　　　　　　円

　　　令和　　年　　月　　日付け高知県指令　　第　　　号で（変更）交付の決定がありました令和４年度高知県地域周産期母子医療センター運営費補助金を下記のとおり概算交付されるよう令和４年度高知県地域周産期母子医療センター運営費補助金交付要綱第９条第２項の規定により請求します。

記

補助金交付決定額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

既交付額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

今回請求額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

令和　　年　　月　　日

高知県知事　　　　　　　　　　　様

住所

法人名

氏名（理事長）

第４号様式（第10条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

高知県知事　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者氏名

令和４年度高知県地域周産期母子医療センター運営費補助金実績報告書

　令和４年度高知県地域周産期母子医療センター運営費補助金交付要綱第10条第２項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり補助金の実績を報告します。

記

１　補助金精算額　　　　金　　　　　　　　　　円

２　関係書類

（１）令和４年度高知県地域周産期母子医療センター運営費補助金精算額調書（第４号様式の（１））

（２）地域周産期母子医療センター運営事業実績書　　　　（第４号様式の（２））

（３）地域周産期母子医療センター運営事業精算額明細書　（第４号様式の（３））

（４）臨床心理技術者配置加算精算額明細書（第４号様式の（４））

（５）歳入歳出決算（見込み）書の抄本（当該補助事業の支出額を「備考」欄に記入してください。）

（６）（１）から（５）までに掲げるもののほか、参考となる資料（委託運営している場合は、委託契約書の写し）

第４号様式の（１）

令和４年度高知県地域周産期母子医療センター運営費補助金精算額調書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 総事業費（Ａ） | 診療収入及び寄附金その他の収入額　　（Ｂ） | 差引き事業費（Ｃ＝Ａ－Ｂ） | 対象経費の実支出額（Ｄ） | 基準額（Ｅ） | 選定額（Ｆ） | 補助金所要額（Ｇ） | 補助金交付決定額（Ｈ） | 補助金額（Ｇ）（Ｈ）の少ない額（Ｉ） | 補 助 金受入済額（Ｊ） | 補助金請求額（Ｉ）－（Ｊ） | 備　考 |
| 地域周産期母子医療センター | 　　　 　円 | 　　　　 円 | 　　　　　 円 | 　　　　 円 | 　　　　 円 | 　　　　 円 | 　　　　 円 | 　　　　 円 | 　　　　 円 | 　　　　 円 | 　　　　 円 |  |
| 臨床心理技術者配置加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（記入要領）

（１）　「総事業費」欄は、当該事業に係る部分のみを記入してください。

（２）　「選定額」欄は、「対象経費の実支出額」と「基準額」とを比較して少ない方の額を記入してください。

（３）　「補助金所要額」欄は、「選定額」と「差引き事業費」とを比較して少ない方の額に３分の１を乗じて得た額を記入してください。ただし、算出に当たっては、1,000円未満の端数を生じた場合は、これを切り捨ててください。

（４）　「補助金受入済額」欄は、補助事業者が県から補助金の交付を受けて実際に受領した額を記入してください。

（５）　当該事業を設置者が委託契約によって運営する場合は、「総事業費」、「診療収入及び寄附金その他の収入額」及び「差引き事業費」の各欄については当該事業の直接の経費を計上し、「対象経費の実支出額」欄については委託契約額を計上してください。

第４号様式の（２）

地域周産期母子医療センター運営事業実績書

1. 患者実績等　　　　　　　　　　　　　　　（施設名　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | ＮＩＣＵ | ＧＣＵ | 備　　　　考 |
| 患者延数（入院） |  　　　　　人 | 　　　　　　 人 |  |
| 診 療 延 べ 点 数 | 　　　　　　 点 |  点 |  |
| 診 療 実 日 数 | 　　　　　　 日 | 　　　　　　 日 |  |
| １日平均 | 患者数（入院） | 　　　　　　 人 | 　　　　　　 人 |  |
| 診療点数 | 　　　　　　 点 | 　　　　　　 点 |  |

（２）職員数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職員数職種別 | 病院職員総　　数 | １日当たりの周産期医療センター従事者数 | 備　考 |
| 常勤 | オンコール |
| 医師　産科　小児科　看護師（助産師を含む。）その他の医療従事者検査技師診療放射線技師薬剤師　臨床心理技術者その他の医療技術職事務職員等 | 人 | 人 | 人 |  |
| 計 |  |  |  |  |
| （注）交代制勤務体系を取っている職種については、「備考」欄に詳細に記入してください。 |

（３）取扱患者の来院及び方法別内訳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 地域分等機関からの転送 | 総合周産期母子医療センターからの転送 | そ　の　他 | 計 |
| 救急車 | その他 | 計 | 救急車 | その他 | 計 | 救急車 | その他 | 計 |
| 　　人 | 　　人 | 　　人 | 　　人 | 　　人 | 　　人 | 　　人 | 　　人 | 　　人 | 　　人 |

第４号様式の（３）

地域周産期母子医療センター運営事業精算額明細書

収支実績表

（１）歳出額　　　　　　　　　　　　　　　　（施設名　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　　分 | 支　出　額 | 算　出　内　訳 |
| 職員基本給職員諸手当非常勤職員手当諸謝金旅費備品費消耗品費材料費医薬品費診療材料費給食材料費印刷製本費通信運搬費光熱水料借料及び損料社会保険料雑役務費（修繕料）燃料費委託費減価償却費資産消耗費 | 　　　　　　　　　円 |  |
| 合　　　計 |  |  |

（２）歳入額

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　　分 | 収　入　額 | 算　出　内　訳 |
| 医　業　収　益　　入　院　収　入　　外　来　収　入医 業 外 収 益 | 　　　　　　　　　円 |  |
| 合　　　計 |  |  |
| 収 支 差 額 |  |  |

（注）１　当該年度の実績額を記入してください。医師の給料等は、産科及び小児科に係るもののみ計上してください。

２　減価償却費については、補助金を受けた資産に係る部分は、対象経費に含めないこととしてください。

３　「算出内訳」欄は、詳細に記入してください。

第４号様式の（４）

臨床心理技術者配置加算精算額明細書

＜歳出額＞　　　　　　　　　　　　　　　　　（施設名　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　　分 | 支　出　額 | 算　出　内　訳 |
| 職員基本給職員諸手当非常勤職員手当諸謝金消耗品費材料費医薬品費診療材料費印刷製本費光熱水料会議費社会保険料雑役務費（修繕料）燃料費 | 　　　　　　　　　円 |  |
| 合　　　計 |  |  |

（注）１　当該年度の実績額を記入してください。臨床心理技術者の給料等は、地域周産期母子医療センターに係るものみ計上してください。

２ 「算出内訳」欄は、詳細に記入してください。

第５号様式（第10条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

高知県知事　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（生年月日）

令和４年度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　　日付け高知県指令　　　第　　号で交付の決定がありました補助金について、令和４年度高知県地域周産期母子医療センター運営費交付要綱第10条第４項の規定により、下記のとおり報告します。

記

１　令和４年度高知県地域周産期母子医療センター運営費交付要綱第10条第４項の規定による額の確定又は事業実績報告額

　　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（要補助金返還相当額）

　　金　　　　　　　　　　　円

　　（注）参考となる書類（２の金額の積算の内訳等）を添えてください。