

令和6年度高知県在宅医療提供体制整備事業費補助金

実績報告書 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

第4号様式（第8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。

実績報告書の提出日 第 号
令和 ○年 ○月 ○日

高知県知事 様

補助事業者 住所 高知市○○町○○-○○
氏名 医療法人○○○
理事長○○ ○○

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 実績報告書

令和6年5月20日付け高知県指令6高知在療第13号で補助金の（変更）交付の決定を受けました事業が完了しましたので、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8条第1項の規定により、関係書類を添えて報告します。

記

県から送付された補助金交付決定通知に記載
している日付及び文書番号をご記入ください。

例) 交付決定通知が下記の場合

令和6年5月20日付け

高知県指令6高知在療第13号

1 添付書類

- (1) 経費所要額精算書（別紙9）
- (2) 医療機器等整備内訳書（実績）（別紙10）
- (3) 事業計画書（実績）（別紙11-1又は別紙11-2）
- (4) 歳入歳出決算書（見込み）（抄本）（別紙12）
- (5) 購入機器の写真
- (6) 契約書・納品書の写し
- (7) (1)から(6)までに掲げる書類のほか、参考となる書類

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。

経費所要額精算書

購入した医療機器の総額が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

(I)欄は補助金交付決定通知に記載の額を記入して下さい。

(J)欄= (H) 欄 - (I)欄を記入して下さい。

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)	対象経費の実支出額 (D)	基準額 (E)	選定額 (F)	補助率 (G)	補助所要額 (F) × (G) (H)	交付決定額 (I)	差引き過不足額 (J)	備考
2,400,000	0	2,400,000	2,400,000	3,000,000	2,400,000	1/2	1,200,000			

(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

※「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。

医療機器等整備内訳書(実績)

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(実績)

開設者 〇〇 〇〇	医療機関名 医療法人〇〇 〇〇内科	所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇					
種別	1 在宅療養支援診療所・病院	2		2 その他			
1または2の該当する方に〇をしてください							
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

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	
当初(変更)計画	年度当たり	10 件	年度当たり	34 件
実績(見込み)	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。

申請時の別紙3-1に記載した計画

昨年度より24件(2件/月)以上増えること

年度途中で実績報告を行う場合は、本年度の見込み件数を記載してください。

②既に在宅医療に取り組む医療機関

在宅医療実施計画	昨年度		本年度		来年度以降	
当初(変更)計画	年度当たり	件	年度当たり	件	年度当たり	件
実績(見込み)	年度当たり	件	年度当たり	件	年度当たり	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。

年度途中で申請した場合は、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。

本年度より24件(2件/月)以上増えること

2. 整備事業の必要性

現在、毎週水曜日の午後診療所から半径〇kmを中心に往診を行っているが、本年度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た。

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った。
解析付き心電図は……するために用い、ポータブル内視鏡は……に用いた。

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たかを、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したかを、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、どの程度拡充させたか、わかるように記載してください。

申請時に記載した本年度の見込み件数を下回る場合は、その理由と改善方法を記載してください。

3. 訪問診療件数が当初の目標に達しなかった(見込みである)場合、その理由と改善の方向性

※目標件数に到達しなかった場合の例

新型コロナウイルス感染症のワクチン接種に予定以上の時間を要し、目標の訪問件数を達成できなかった。今後は〇曜日も往診を行う等、訪問時間を確保し、感染対策を行いながら訪問診療を増加させていく。

歳入歳出決算書（見込み）（抄本）

申請時に提出した別紙4
と同じ額を記入

予算額－決算額

申請時に提出した別紙
4と同じ額を記入

予算額－決算額

(単位：円)

歳入					歳出				
項目	予算額	決算額	差引増減	備考	項目	予算額	決算額	差引増減	備考
県補助金	1,200,000	1,200,000	0		機器購入経費	2,400,000	2,400,000	0	
その他収入 <small>(寄付金, その他補助金等)</small>	0	0	0						
事業主負担	1,200,000	1,200,000	0						
計	2,400,000	2,400,000	0		計	2,400,000	2,400,000	0	

別紙9の(A)欄と同じ額を記入

別紙9の(A)欄と同じ額を記入