

令和7年度オンライン診療推進事業費補助金  
(集会施設等におけるオンライン診療実証事業)

申請書 記入例

【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 : 088-823-9848

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

別記

第1号様式の2（第4条関係）

貴団体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  
令和〇年〇月〇日  
号

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 昭和〇〇年〇〇月〇〇日

押印不要

令和7年度オンライン診療推進事業費補助金（集会施設等におけるオンライン診療実証事業）

交付申請書

高知県補助金等交付規則第3条及び令和7年度オンライン診療推進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2のG欄と同じ額  
を記入ください。

1 補助申請額 金 800,000 円

## 2 添付書類

(1) 経費所要額調書（別紙1の2）

(2) 内訳書（別紙2の2）

(3) 事業計画書（別紙3の2（1）又は別紙3の2（2））

(4) 見積書

(5) 歳入歳出予算書（抄本）（別紙4の2）

(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） イヨウカジン 〇〇〇 リヂチヨウ 〇〇 〇〇

口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇

種別：（普通 当座） 番号：

**金額は全て税込み価格で記入してください。  
着色セルには式が入っていますので、  
白色セルに記入してください。**

## 経費所要額調書

補助事業者名	医療法人○○○
--------	---------

別紙 2 の 2 の予定総額（別表第 2 補助対象経費（1）～（4））が「800,000円」の場合

(A)欄には、800,000円  
(E)欄には、上限額の2,239,000円(\*1)  
を記入してください。

(\*1)要綱別表第 2 の補助対象事業が（1）の場合は「2,239,000」円を、（2）の場合は「330,000」円を記入してください。

(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)	補助所要額 (G)	備考
800,000	0	800,000	800,000	2,239,000	800,000	800,000	

(D)欄と(E)欄を比較して低い方の額を記入

(G)欄の額を第 1 号様式の補助申請額に記入

※「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ください。

※「補助所要額(G)」欄は、(C)欄又は(F)欄のいずれか低い方の額（1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨ててください。）を記入してください。

## 内訳書

要綱別表第2の補助事業者①又は②の  
いずれか該当する番号

**金額は全て税込み価格で  
記入してください。**

令和7年度末までの看護師  
等の派遣回数

別表第2 補助事業者 (①)

別表第2 補助対象経費 (1)

派遣パターン	職種	単価 (A)	人数 (B)	回数 (C)	金額 (A × B × C)
1回の派遣で1箇所目に看護師等1名を派遣		円 3,800	人 1	回 1	円 3,800
1回の派遣で1箇所目に看護師等2名を派遣		円 3,800	人 2	回 40	円 304,000
1回の派遣で2箇所目にも看護師等1名を派遣		円 1,900	人 1	回 1	円 1,900
1回の派遣で2箇所目にも看護師等2名を派遣		円 1,900	人 2	回 20	円 76,000
小計 (D)					380,000円

別表第2 補助対象経費 (2) ~ (4)

品名	メーカー	規格	数量	単価	金額	備考
ipad Wi-Fi+Cellular	○○○	A12345	1	○○○○	円 ○○○○	対象経費 (2)
ノートパソコン	△△△△ (株)	C-300D	1	○○○○	円 ○○○○	対象経費 (2)
WEBカメラ	(株) □□□	EF1000	1	○○○○	円 ○○○○	対象経費 (2)

購入する製品の種類

メーカー名

製品の型番など、どの  
製品がかかるもの見積書に記載の価格  
(税込み価格)

合計 (D) + (E)

※税込み額

800,000円

要綱別表第2の対象機器  
(1) ~ (4)  
いずれか該当するもの

※派遣について、1回の派遣で、1箇所目に看護師等2人を派遣し、かつ2箇所目に看護師等1名を派遣した場合は、「1回の派遣で1箇所目に看護師等2名を派遣」と「1回の派遣で2箇所目にも看護師等1名を派遣」の回数欄に1ずつカウント記入してください。また、1回の派遣で、1箇所目にのみ看護師等2人を派遣した場合は、「1回の派遣で1箇所目に看護師等2名を派遣」の回数欄に1をカウント記入してください。

※上部には別表第2の補助事業者①、②のいずれかを記入し、備考欄には、その品名が別表第2の補助対象経費の(2)~(4)のいずれかに該当するか記入してください。(備考欄の記入例: 対象経費(2))

## 事業計画書

医療機関名	医療法人○○○			
所在地	〒 ○○○-○○○○	高知市○○町○○-○○		

担当者名	○○ ○○	TEL	XXX-XXX-XXXX	FAX	XXX-XXX-XXXX	MAIL	○○○@○○○○○
------	-------	-----	--------------	-----	--------------	------	-----------

事務担当者の氏名

## 1. 実証事業の内容

## (1)オンライン診療の受診場所

※患者がオンライン診療を受診する場所(集会施設もしくは診療所)の名称及び所在地を記載してください。

## (2)背景・必要性

※事業の背景や必要性について、事業実施地域の課題やニーズなどを具体例を示して記載してください。

## (3)事業実施により将来的に実現したい地域像

※事業を通じて将来的にどのような地域像を実現したいのか記載してください。

## (4)事業の実施体制

※事業の実施体制について、薬局や市町村など関係機関の名称及び本事業における役割を記載してください。

オンライン診療を行う医療機関の実施体制も記入してください。

## (5)事業の実施スケジュール

※実施スケジュールについて、実施に向けたプロセス及び実施後の活動予定がわかるように記載してください。

- 実施に向けたプロセス（例：実施に向けた調整や合意、及び体制構築をいつ（頃）行うか、など）
  - 実施後の活動予定（例：補助金を活用してオンライン診療を行った後に行う検討、振り返り会、来年度に向けての施策会、翌年度は集会所を広めるかの検討会、など）
- ※上記は記載例のため、今回申請の計画・スケジュールに沿って記入してください。

## 2. オンライン診療を実施する件数

オンライン診療 実施計画	本 年 度		来年度以降	
	年度当たり	件	年度当たり	件

※(少なくとも)年間のオンライン診療の算定件数を60件程度(月間5件程度)実施するよう、計画してください。

## 事 業 計 画 書

医療機関名	医療法人○○○		
所在地	〒 ○○○-○○○○	高知市○○町○○-○○	

担当者名	○○ ○○	TEL	XXX-XXX-XXXX	FAX	XXX-XXX-XXXX	MAIL	○○○@○○○○
------	-------	-----	--------------	-----	--------------	------	----------

事務担当者の氏名

### 1. 実証事業の内容

(1)背景・必要性

※事業の背景や必要性について、事業実施地域の課題やニーズなどを具体例を示して記載してください。

(2)事業実施により将来的に実現したい地域像

※事業を通じて将来的にどのような地域像を実現したいのか記載してください。

(3)事業の実施体制

※事業の実施体制について、オンライン診療を実施する医療機関や薬局、市町村など関係機関の名称及び本事業における役割を記載してください。

オンライン診療を行う医療機関の実施体制も記入してください。

(4)事業の実施スケジュール

※実施スケジュールについて、実施に向けたプロセス及び実施後の活動予定がわかるように記載してください。

- 実施に向けたプロセス（例：実施に向けた調整や合意、及び体制構築をいつ（頃）行うか、など）
  - 実施後の活動予定（例：補助金を活用してオンライン診療を行った後に行う検討、振り返り会、来年度に向けての施策会、翌年度は集会所を広めるかの検討会、など）
- ※上記は記載例のため、今回申請の計画・スケジュールに沿って記入してください。

### 2. オンライン診療を実施する件数

オンライン診療 実 施 計 画	本 年 度		来年度以降	
	年度当たり	件	年度当たり	件

※(少なくとも)年間のオンライン診療の算定件数を60件程度(月間5件程度)実施するよう、計画してください。

## 別紙4の2

## 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	800,000		経費	800,000	
	別紙1の2の(G)欄と同じ額を記入			別紙1の2の(A)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	0				
	経費－県補助金				
計	800,000		計	800,000	