

令和8年度オンライン診療推進事業費補助金
(患者宅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

第1号様式（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 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○○ ○○
生年月日 昭和○○年○○月○○日

押印不要

令和8年度オンライン診療推進事業費補助金（患者宅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8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H欄と同じ額をご記入ください。

1 補助申請額 金 95,000 円

2 添付書類

- (1) 経費所要額調書（別紙1）
- (2) コンピュータ機器・通信機機器等整備内訳書（別紙2）
- (3) 事業計画書（別紙3）
- (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 ○○銀行

支店名 ○○支店

口座名義人(カナ) リョウホウジン ○○○ リジチャウ ○○ ○○

口座番号 ○○○○○○○○

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	医療法人〇〇〇
--------	---------

別紙2の予定総額が「190,000円」の場合
(A)欄には、190,000円
(E)欄には、上限額の460,000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)	補助率 (G)	補助所要額 (F) × (G) (H)	備考
190,000	0	190,000	190,000	460,000	190,000	1/2	95,000	

(D)欄と(E)欄を比較して低い方の額を記入

(H)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(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ください。

コンピュータ機器・通信機器等整備内訳書

**金額は全て税込み価格で
記入してください。**

補助事業者名 (医療法人〇〇〇)

1 設備整備の内容

品名	メーカー	規格	数量	単価	金額	備考
ノートパソコン	△△△△ (株)	C-300D	1	〇〇〇〇	〇〇〇〇 〇〇〇〇	
WEBカメラ	(株) □□□	EF1000	1	〇〇〇〇		
合計	-	-	-	-	190,000円	-

※税込み額

購入する製品の種類

メーカー名

製品の型番など、どの製品か分かるもの

見積書に記載の価格
(税込み価格)

事業計画書

医療機関名	医療法人〇〇〇		
所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇	高知市〇〇町〇〇-〇〇	

担当者名	〇〇 〇〇	TEL	XXX-XXX-XXXX	FAX	XXX-XXX-XXXX	MAIL	〇〇〇@〇〇〇〇
------	-------	-----	--------------	-----	--------------	------	----------

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、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) 利用拡充計画

※機器整備後、オンライン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。

※少なくとも、対象とする地区やオンライン診療を実施する曜日、時間数について、どの程度拡充させるか、わかるように記載してください。

(3) 購入機器の活用方法

※購入した機器をオンライン診療でどのように活用するかを、具体的に記載してください。

(4) 事業の実施体制

※事業の実施体制について、医療機関及び薬局や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、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24件程度(機器整備完了予定月から月間2件)実施するよう、計画してください。

別紙 4

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	95,000		機器等購入経費	190,000	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">別紙 1 の (H)欄と同じ額を記入</div>			<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">別紙 1 の (A)欄と同じ額を記入</div>		
その他収入 <small>(寄付金, その他補助金等)</small>	0				
事業主負担	95,000				
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">経費 - 県補助金</div>					
計	190,000		計	190,000	