

令和 8 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)

実績報告書 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4号様式の2（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8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）
実績報告書

令和8年5月20日付け高知県指令8高知在療第12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8年度オンライン診療推進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8年5月20日付け

高知県指令8高知在療第12号

1 添付書類

- (1) 経費所要額精算書（別紙9の2）
- (2) 内訳書（実績）（別紙10の2）
- (3) 事業計画書（実績）（別紙11の2（1）又は別紙11の2（2））
- (4) 歳入歳出決算書（見込み）（抄本）（別紙12の2）
- (5) 購入機器の写真※機器を購入した場合に限る
- (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。

経費所要額精算書

別紙10の2の実績総額（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。

(I)欄 = (G)欄 - (H)欄を記入

(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)	補助所要額 (G)	交付決定額 (H)	差引き過不足額 (I)	備考
800,000	0	800,000	800,000	2,239,000	800,000	800,000	800,000	0	

※「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。

(D)欄と(E)欄を比較して低い方の額を記入

(G)欄には1,000円未満の端数を切り捨てた額を記入

(H)欄には補助金交付決定通知に記載されている額を記入

※「補助所要額(G)」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。

**金額は全て税込み価格で
記入してください。**

内 訳 書 (実 績)

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

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		3,800 円	1 人	1 回	3,800 円
1回の派遣で1箇所目に看護師等2名を派遣		3,800 円	2 人	40 回	304,000 円
1回の派遣で2箇所目にも看護師等1名を派遣		1,900 円	1 人	1 回	1,900 円
1回の派遣で2箇所目にも看護師等2名を派遣		1,900 円	2 人	20 回	76,000 円
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	〇〇〇	A12345	1	〇〇〇〇 円	〇〇〇〇 円	対象経費 (2)
ノートパソコン	△△△△ (株)	C-300D	1	〇〇〇〇 円	〇〇〇〇 円	対象経費 (2)
WEBカメラ	(株) □□□	EF1000	1	〇〇〇〇 円	〇〇〇〇 円	対象経費 (2)
小計 (E)					円	

購入する製品の種類

メーカー名

製品の型番など、どの
製品が分かるもの

請求書・納品書に記載の価格
(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(実績)

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) 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した場所(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) 事業によって解決した課題
 ※事業によって地域の課題がどのように解決したかについて、具体的に記載してください。

(3) 事業の実施体制
 ※事業の実施体制について、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。

(4) 事業の実施経過
 ※事業の実施経過及び今後の活動予定を記載してください。

2. オンライン診療実施件数

オンライン診療 実施計画	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
実績(見込み)	年度当たり 件	年度当たり 件

※集会施設又は診療所でのオンライン診療の算定件数を記載してください。

3. オンライン診療実施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

事業計画書(実績)

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) 事業によって解決した課題
 ※事業によって地域の課題がどのように解決したかについて、具体的に記載してください。

(2) 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した医療機関や薬局、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。

(3) 事業の実施経過
 ※事業の実施経過及び今後の活動予定を記載してください。

2. オンライン診療実施件数

オンライン診療 実施計画	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
実績(見込み)	年度当たり 件	年度当たり 件

※集会施設又は診療所でのオンライン診療の算定件数を記載してください。

3. オンライン診療実施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

歳入歳出決算書（見込み）（抄本）

申請時に提出した別紙4の2と
同じ額を記入

予算額－決算額

申請時に提出した別紙4の2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	800,000	800,000	0		経費	800,000	800,000	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	0	0	0						
計	800,000	800,000	0		計	800,000	800,000	0	

別紙9の2の（G）欄と同じ額を記入

別紙9の2の（A）欄と同じ額を記入