

**金額は全て税込み価格で
記載して下さい**

経費所要額調書

購入予定の医療機器の総額が
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 $2,400,000 \times 1/2 = 1,200,000$ 円を記入してください

補助事業者名 医療法人〇〇 〇〇歯科診療所

(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
2,400,000	0	2,400,000	2,400,000	3,000,000	2,400,000	1/2	1,200,000	

D欄、E欄を比較して
低い方の額を記載して下さい。

H欄の額を第1号様式の
補助金申請額に記載して下さい。

※「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。

(F) × (G)に1,000円未満の端数が生じた場合は
1,000円未満を切り捨てて下さい。

(例)

(F)643,000円 × (G)1/2 = 321,500

321,000円をH欄に記入

医療機器等整備内訳書

1 設備整備の内容

金額は全て税込み価格で
記載して下さい

品名	メーカー	規格	数量	単価	金額	備考
				円	円	
ポータブルユニット	(株) ○○○○	AB-C	1	1,000,000	1,000,000	対象機器(1)
ポータブルレントゲン	××××(株)	DE4000F	1	1,400,000	1,400,000	対象機器(2)
合計	—	—	—	—	2,400,000円	—

購入する医療機器の
商品名

メーカー名

製品の型番など、どの
製品が分かるもの

見積書に記載の価
格
(税込み価格)

※税込み額
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)～(8)
いずれか該当するもの

※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

開設者	医療機関名		所在地				
			〒				
種別	<div> <div>1 在宅療養支援歯科診療所</div> <div>2 その他</div> </div>						
担当者名		TEL		FAX		MAIL	

1. 医療機関の現況

本年度より1件以上増えること

①新たに訪問歯科診療に取り組む医療機関

訪 問 歯 科 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

※歯科訪問診療料(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。

※年間の訪問歯科診療件数を増加させること計画ではない。

昨年度より1件以上増えること

本年度より1件以上増えること

②既に訪問歯科診療に取り組んでいる医療機関

訪 問 歯 科 診 療 実 施 計 画	昨 年 度	本 年 度	来年度以降
	年度当たり 件	年度当たり 件	年度当たり 件

※歯科訪問診療料(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。

※年間の訪問歯科診療件数を増加させるよう、計画してください。

2. 整備事業の必要性

例)現在、毎週水曜日の午後に診療所から半径〇kmを中心に訪問歯科診療を行っているが、今後は金曜日の午後も訪問歯科診療を実施し、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る見込みである。

ポータブルレントゲンを用いることで……となり、的確な診断が可能となる。 ※訪問歯科診療をどのように増加させていくかを、具体的に記載し

ポータブルユニットは……するために用いる。

※購入した機器を訪問歯科診療にどのように活用するかを、
具体的に記載してください。購入する全ての機器について、活用方法、用途の記載が必要です。

※訪問歯科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。

※購入した機器を訪問歯科診療にどのように活用するかを、具体的に記

※少なくとも、対象とする地区や訪問歯科診療を実施する曜日、時間数に
拡充させるか、わかるように記載してください。

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	1, 200, 000		機器購入経費	2, 400, 000	
	別紙1の(H)欄と同じ額を記入			別紙1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	1, 200, 000				
	機器購入経費－県補助金				
計	2, 400, 000		計	2, 400, 000	

承 諾 書

提出日時点の知事名を記載してください

高知県知事 ○○ ○○ 様

令和 7 年度在宅歯科診療設備整備事業費補助金について、下記の事項を承諾いたします。

記

1. ～3. の内容を必ずご確認ください

1. 高知県在宅歯科連携室の協力医療機関として登録を行います。
2. 高知県在宅歯科連携室から訪問歯科診療の依頼があり、事業計画書に記載した訪問歯科実施日時での診療が可能である場合は、訪問歯科診療を実施いたします。
3. 事業計画書に記載した、訪問歯科診療の対象とする地区や実施する曜日、時間数について、高知県在宅歯科連携室に情報提供することを承諾いたします。

申請書の提出

令和 7 年 ○ 月 ○ 日

住所	○○市○○町
	○○-○○
氏名	医療法人○○ ○○歯科診療所
	理事長 ○○ ○○