

補助金所要額調書

対象経費の 支出予定額	寄附金その他の 収入額 (予定)	差引額 (①-②)	基準額	県補助基本額	県補助金所要額 ⑤×1/2	備 考
①	②	③	④	⑤	⑥	
円	円	円	円	円	円	
150,000	0	150,000	100,000	100,000	50,000	

パソコン購入費、改修費などの対象経費の総額を記載してください。

別記第1号様式の「補助金申請額」にはこの額を記載してください。

- (注) 1 ⑤欄 ③欄の差引額を記載してください。少ない額を記入してください。
- 2 ⑥欄は、⑤欄の額に補助率を乗じて得た額を記入してください。ただし、1,000円未満の端数を生じた場合は、これを切り捨ててください。

事業計画書

1 申請者の概要

法人名	医療法人〇〇会	個人事業の場合は空欄
医療機関名	〇〇病院	
代表者職氏名	理事長 〇〇 〇〇	
医療機関コード	391〇〇〇〇〇〇〇〇	10桁で記載してください。
住所	高知市丸ノ内1-2-20	
電話番号	088-823-9678	

2 指定医の在籍状況

区分	人数	氏名
難病指定医	10人	〇〇 〇〇
協力難病指定医	1人	△△ △△
小児慢性特定疾病指定医	3人	〇〇 〇〇

複数在籍している場合は、うち1名のみを記載してください。在籍していない指定医区分については空欄でかまいません。

3 補助事業の概要

事業内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ブラウザでの直接入力用の専用PC購入 〇〇円 ・院内システムの改修 〇〇円 等 <p>※見積書やカタログ等、金額がわかるものの写しを添付してください。</p>
着手予定日	令和5年〇月〇日
完了予定日	令和5年〇月〇日
オンライン登録の開始予定日	令和5年〇月〇日

オンライン登録が可能となるのは、難病が令和6年4月、小児慢性が令和5年10月からとなります。

4 担当者

所属・氏名	総務課 ×× ××
電話番号	088-823-××××
メールアドレス	×××@×××.co.jp

メールアドレスを記載していただきましたら、交付決定通知など以後の連絡はメールでさせていただきます。

収支予算書

1 収入

(単位：円)

科目	金額	摘要
県補助金	50,000	臨床調査個人票等電子化推進事業費補助金
自己資金	100,000	
計	150,000	

2 支出

(単位：円)

科目	金額	摘要
パソコン	150,000	
計	150,000	

収支の合計額を一致させてください。

医療機関名 _____

補助金精算額調書

対象経費 実支出額	寄附金その他 の収入額	差引額 (①-②)	基準額	県補助基本額	県補助金所要額 ⑤×1/2	県補助金 交付決定額	県補助金 受入済額	差引過不足額 (⑦-⑧)	備 考
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	
円 150,000	円 0	円 150,000	円 100,000	円 100,000	円 50,000	円 50,000	円 0	円 50,000	

パソコン購入費、改修費などの対象経費の総額を記載してください。

別記第3号様式の「補助金精算額」にはこの額を記載してください。

- (注) 1 ⑤ ⑤欄は、①欄の額に補助率を乗じて得た額を記入してください。ただし、1,000円未満の端数を生じた場合は、これを切り捨ててください。
- 2 ⑥欄は、⑤欄の額に補助率を乗じて得た額を記入してください。ただし、1,000円未満の端数を生じた場合は、これを切り捨ててください。