

別記  
様式第 1 号（第 6 条、第 10 条、第 12 条）

事業計画（実績）書

1 事業の目的

2 事業の内容

3 経費の配分

| 区分 | 総事業費<br>(A+B+C) | 補助事業<br>に要する<br>(要した)<br>経費 | 補助基準額<br><br>最大使用<br>病床数<br>×<br>標準単価 | 負担区分             |                     |             | 備考 |
|----|-----------------|-----------------------------|---------------------------------------|------------------|---------------------|-------------|----|
|    |                 |                             |                                       | 県費補助金<br><br>(A) | 寄附金<br>その他収入<br>(B) | 自己資金<br>(C) |    |
|    |                 | 資産の形成に<br>繋がる事業             |                                       |                  |                     |             |    |
|    |                 | その他の事業                      |                                       |                  |                     |             |    |
| 合計 |                 |                             |                                       |                  |                     |             |    |

（注）（A）欄には、補助事業に要する（要した）経費に補助率を乗じた額と補助基準額とを比較して少ない額を記入すること。なお、算定に当たっては 1,000 円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。

4 事業予定（完了）年月日

様式第 2 号（第 6 条、第 10 条、第 12 条）

収支予算（決算）書

1 収入の部 (単位：円)

| 区分    | 決算額 | 予算額 | 備考 |
|-------|-----|-----|----|
| 県費補助金 |     |     |    |
| 寄付金   |     |     |    |
| その他収入 |     |     |    |
| 自己資金  |     |     |    |

2 支出の部

| 区分            | 決算額 | 予算額 | 備考 |
|---------------|-----|-----|----|
| 総事業費          |     |     |    |
| 補助に要する（要した）経費 |     |     |    |

# 地域医療勤務環境改善体制整備事業に関する申請書

## 基本情報

|           |  |
|-----------|--|
| 医療機関名     |  |
| 所在地       |  |
| 代表者（管理者）名 |  |
| 担当者役職     |  |
| 担当者氏名     |  |
| 電話番号      |  |
| メールアドレス   |  |

## 1. 交付要件について

（1）当該事業に係る最大使用病床数（数字だけ記入）

医療法上の病床種別（病床機能報告により県へ報告している最大使用病床数）

| 一般病床 | その他（※） | 合計 |
|------|--------|----|
|      |        |    |

※精神科救急を根拠とする場合は同報告と同時点の精神病床数とする。

（2）前年度の時間外・休日労働時間の実績（数字だけ記入）

| 年720時間超～960時間以下の<br>医師数 | 年960時間超の医師数（※） | 合計 |
|-------------------------|----------------|----|
|                         |                |    |

※医師数を記入する場合は、自院以外の副業・兼業先の労働時間も通算して年960時間超の医師数とする。

## 2. 更なる労働時間短縮の取組について（算定方法等）

更なる労働時間短縮の取組（5 算定方法等（2）関係）について

- ・（1）、（2）のいずれかの条件を満たす場合、1床当たりの標準単価266千円まで可とするため、いずれかに該当する項目について記入すること。

（1）大学病院改革プラン策定の有無（大学病院本院のみ対象）

|  |
|--|
|  |
|--|

（2）①B、連携B水準医師のうち36協定において締結した年の最大時間

| B水準 | 連携B水準 |
|-----|-------|
|     |       |

②面接指導養成講習を修了している者について（数字だけ記入）

| 面接指導実施医師数 | 特定対象医師数 ※ | 特定対象医師10人当たり面接指導<br>実施医師数 |
|-----------|-----------|---------------------------|
|           |           |                           |

※特例水準の医師数

3. 対象事業について

以下項目については、該当する項目のみ記入とする。

(1) 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送実績

| 実績期間（年度のみ） | 救急用の自動車等による搬送実績（件）※ |
|------------|---------------------|
|            |                     |

※実績期間は病床機能報告により報告している4月～3月までの1年間における実績とする。

(2) その他診療実績

役割

- ・（1）において、救急用の自動車等による搬送実績が1000件未満の場合は下表のいずれに該当するか○の上、実績について記入すること。

①夜間・休日・時間外入院期間について

| 夜間・休日・時間外入院期間（年度のみ） | 夜間・休日・時間外入院件数 ※ |
|---------------------|-----------------|
|                     |                 |

※実績期間は病床機能報告により報告している4月～3月までの1年間における実績とする。

②離島、へき地等で、同一医療圏に他に救急対応可能な医療機関が存在しないなどについて

| 該当する場合○ | 「○」の場合、実績記入（自由記載） |
|---------|-------------------|
|         |                   |

③地域医療の確保に必要な医療機関であって、要領第2条第3項ア～カのいずれかに該当する医療機関

| 該当する場合○ | 該当する内容 | 「○」かつウ～オのいずれかに該当する場合は、実績記入（自由記載） |
|---------|--------|----------------------------------|
|         |        |                                  |

④在宅医療

| 該当する場合○ | 「○」の場合、実績記入（自由記載） |
|---------|-------------------|
|         |                   |

4. 取組内容に要する経費について

下表①～⑤の内訳について（最も合致する経費を一つ選択し下表に入力すること）

|                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①タスク・シフト／シェア<br>（例：職種に関わりなく特にするもの。職種毎に推進するもの。）                                                                |
| ②医師の業務見直し<br>（例：外来業務の見直し。宿日直の体制や分担の見直し。オンコール体制の見直し。主治医の見直し。）                                                  |
| ③その他の勤務環境改善<br>（例：ICTその他の設備投資。出産・子育て・介護など、仕事と家庭の両立支援。更なるチーム医療の推進。）                                            |
| ④副業・兼業を行う医師の労働時間の管理<br>（例：副業・兼業先の労働時間も踏まえた勤務シフトの管理。副業・兼業先との勤務シフトの調整。副業・兼業先への医師労働時間短縮の協力要請。）                   |
| ⑤C-1水準を適用する臨床研修医及び専攻医の研修の効率化<br>（例：教育カンファレンスや回診の効率化。効率的な学習教材・機材の提供による学習環境の充実。個々の医師に応じた研修目標の設定とこれに沿った研修計画の作成。） |

（単位：千円）

| 補助対象経費 | 支出内容 | 区分<br>（最も合致する経費を一つ選択） | 資産形成<br>有無 | 所要見込額 | 補助対象額 |
|--------|------|-----------------------|------------|-------|-------|
|        |      |                       |            |       |       |
|        |      |                       |            |       |       |
|        |      |                       |            |       |       |
|        |      |                       |            |       |       |
|        |      | 合計                    |            |       |       |

勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制

新規申請時の状況について記載する事項  
(□には、適合する場合「✓」を記入すること)

(1) 勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握

|                                                                                                                                  |                                       |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------|
| ア 医療機関に勤務する医師数<br>(令和 年 月末時点)                                                                                                    | 常勤: 名<br>宿日直(*1)を担当する医師数: 名 (うち非常勤 名) | 非常勤: 名 |
| *1 宿日直については、平日の平均的な1日における体制を記載すること                                                                                               |                                       |        |
| イ 勤務医の勤務状況の把握等(令和 年 月末時点)                                                                                                        |                                       |        |
| (ア) 勤務時間の具体的な把握方法(該当する事項に○すること) 複数回答可                                                                                            |                                       |        |
| <input type="checkbox"/> ICカード                                                                                                   |                                       |        |
| <input type="checkbox"/> タイムカード                                                                                                  |                                       |        |
| <input type="checkbox"/> PCのログ情報や電子カルテのログ情報を用いた労働時間管理                                                                            |                                       |        |
| <input type="checkbox"/> 出席簿又は管理簿等の用紙による記録(上司等による客観的な確認あり)                                                                       |                                       |        |
| <input type="checkbox"/> その他<br>(具体的に: )                                                                                         |                                       |        |
| (イ) 勤務時間以外についての勤務状況(*2)の把握内容(該当する事項に○すること) 複数回答可                                                                                 |                                       |        |
| <input type="checkbox"/> 年次有給休暇取得率                                                                                               |                                       |        |
| <input type="checkbox"/> 時短勤務実施者(*3)数                                                                                            |                                       |        |
| <input type="checkbox"/> 育児休業・介護休業の取得率                                                                                           |                                       |        |
| <input type="checkbox"/> その他<br>(具体的に: )                                                                                         |                                       |        |
| *2 前年度の実績を記載。<br>*3 所定労働時間をあらかじめ減じた勤務体制としている者                                                                                    |                                       |        |
| (ウ) 超過勤務時間(時間/月)(*4)                                                                                                             |                                       |        |
| 平均: 時間/月                                                                                                                         | 80時間/月以上の者の人数: 名                      |        |
| 最大: 時間/月                                                                                                                         | 155時間/月以上の者の人数: 名                     |        |
| 最小: 時間/月                                                                                                                         |                                       |        |
| *4 常勤医における値を記載。<br>*4 超過勤務時間: 法定休日以外の日において1日につき8時間を超えて労働した時間並びに1週について40時間を超えて労働した時間数及び法定休日(週に1日、又は、4週につき4日付与する義務あり)において労働した時間の総和 |                                       |        |
| (エ) 宿日直(回/月)                                                                                                                     |                                       |        |
| 平均: 回/月                                                                                                                          |                                       |        |
| 最大: 回/月                                                                                                                          |                                       |        |
| 最小: 回/月                                                                                                                          |                                       |        |
| 連日宿日直を実施した者の人数及び回数: 名・のべ 回                                                                                                       |                                       |        |
| (オ) その他(自由記載・補足等)                                                                                                                |                                       |        |
|                                                                                                                                  |                                       |        |

(2) 勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制

|                                                         |
|---------------------------------------------------------|
| ア 特定労務対象医療機関の指定(該当する事項に全て○すること)                         |
| <input type="checkbox"/> 特定地域医療提供機関【B水準】                |
| <input type="checkbox"/> 連携特定地域医療提供機関【連携B水準】            |
| <input type="checkbox"/> 技能向上研修機関【C-1水準】                |
| <input type="checkbox"/> 特定高度技能研修機関【C-2水準】              |
| <input type="checkbox"/> 指定を受けていない【A水準】                 |
| イ 勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する責任者                               |
| 氏名: _____                                               |
| 職種: _____                                               |
| ウ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議                              |
| 開催頻度: 回/年                                               |
| 参加人数(平均): 人/回                                           |
| 参加職種: (_____)                                           |
| エ 医師労働時間短縮計画                                            |
| 計画策定について                                                |
| 初回の策定年月日: 年 月 日                                         |
| 直近の更新年月日: 年 月 日                                         |
| G-MISへの登録: <input type="checkbox"/> ※特定労務管理対象機関は登録が交付要件 |
| 職員に対する計画の周知: (_____)                                    |
| オ 勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開                           |
| 医療機関内に掲示する等の方法で公開<br>(具体的な公開方法_____)                    |

## 特別徴収実施確認・開始誓約書

年 月 日

医療機関名

代表者氏名

チェック欄(いずれかに該当する項目(□)にチェックを入れてください。)

### 1 領収証書の写し添付

☐ 当事業所は、現在、 市(町村)の特別徴収義務者の指定を受け、従業員等の個人住民税について、特別徴収を実施し納付しています。

→ 6か月以内の領収証書の写しを添付してください。

### 2 添付する領収証書の写しがない場合等

#### (1) 特別徴収実施確認

☐ 当事業所は、現在、 市(町村)の特別徴収義務者の指定を受け、従業員等の個人住民税について、特別徴収を実施しています。

→ 市町村の確認印を受けてください。

#### (2) 特別徴収義務がない

☐ 当事業所は、特別徴収義務のない事業所です。

→ 市町村の確認印を受けてください。

#### (3) 開始誓約

☐ 当事業所は、 年 月から、従業員等の個人住民税について、特別徴収を開始することを誓約します。

つきましては、特別徴収税額の決定通知書を当社(者)あてに送付してください。

→ 市町村の確認印を受けてください。

市(町・村)確認印

|  |
|--|
|  |
|  |

様式第 6 号（第 6 条関係）

文 書 番 号  
年 月 日

宮崎県知事 ○○ ○○ 殿

住所

〒

氏名

（法人にあってはその名称及び代表者の氏名）

生年月日 年 月 日（性別）

### 誓 約 書

私は、 年度地域医療勤務環境改善体制整備事業費補助金の交付申請を行うに当たり、次の事項について誓約します。

※チェック欄（誓約の場合、□にチェックを入れてください。）

□ 自己及び当該事業の実施主体の構成員等は、次の各号のいずれにも該当しません。また、次の各号に掲げる者が、運営に実質的に関与している法人又は団体ではありません。

ア 暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成 3 年法律第 7 7 号）第 2 条第 2 号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）

イ 暴力団員（同法第 2 条第 6 号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）

ウ 暴力団又は暴力団員と密接な関係を有する者

文 書 番 号  
年 月 日

宮崎県知事 殿

申請者 住 所  
氏 名

地域医療勤務環境改善体制整備事業費補助金変更承認申請書

年 月 日付け（文書番号）で補助金交付決定通知のあった地域医療勤務環境改善体制整備事業費補助金について下記のとおり変更したいので、地域医療勤務環境改善体制整備事業費補助金交付要綱第 10 条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

- 1 補助金(変更)交付申請額 金 円
- 2 計画変更の概要及び理由
- 3 添付書類

文 書 番 号  
年 月 日

宮崎県知事

殿

申請者 住所  
氏名

年度消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

年 月 日第 号により補助金交付決定通知のあった 年度地域医療勤務  
環境改善体制整備事業費補助金について、地域医療勤務環境改善体制整備事業費補助金交  
付要綱第12条の規定に基づき、下記のとおり報告する。

- 1 補助金等の交付に関する規則第15条の補助金の額の確定額  
( 年 月 日付け第 号による確定通知額)

金 円

- 2 補助金の確定時に減額した仕入に係る消費税相当額

金 円

- 3 消費税及び地方消費税の申告により確定した仕入に係る消費税等仕入控除税額  
(要補助金返還相当額)

金 円

- 4 補助金返還相当額(3－2)

金 円