

令和4年度
「在宅歯科医療推進設備整備事業補助金」
注意事項

- (1) 提出書類に記載する住所、医療機関名、申請者名（肩書きを含む）は、すべて同一としてください。
- (2) 押印廃止について
これまで押印が必要だった「交付申請書」、「特別徴収実施確認・開始誓約書（様式第4号）」、「誓約書（様式第5号）」、「変更承認申請書（様式第6号）」、「仕入れに係る消費税等相当額報告書（様式第8号）」、「実績報告書」については、押印廃止となりました。
- (3) 担当者名等の記載
「交付申請書」、「実績報告書」については、担当者名、メール等の記載が必要となりました。
- (4) 提出書類を訂正する場合は二重線見え消し、訂正印で処理してください。ただし、金額の訂正はできません。
- (5) 法人の場合は、申請書に「特別徴収実施確認・開始誓約書（様式第4号）」が必要です。交付申請書に記載してください。
- (6) 実績時に「仕入れに係る消費税等相当額報告書（様式第8号）」を添付しない場合は、実績報告書に記載しないでください。

<参考 要綱第 11 条関係>

交付申請時	実績報告時	様式第 8 号提出の有無 及び時期
仕入れに係る消費税等相当額を減額して申請	—	提出不要
仕入れに係る消費税等相当額を減額しないで申請	実績報告時に消費税等相当額が明らかになった場合	実績報告時に様式第 8 号を添付する。
	実績報告時に明らかでない場合	事業完了の年度の翌々年度の 6 月 30 日までに様式第 8 号を提出（報告）する。

- (7) 補助事業に係る関係書類は、5 年間保管してください。<要綱第 6 条関係>

記載例

申請日を記載

令和〇年〇月〇日

宮 崎 県 知 事 殿

医療機関の所在地を記載

〒880-8501

宮崎市橘通2-10-1

医療機関名、**肩書**、
氏名を記載

〇〇歯科医院 院長 宮崎太郎

在宅歯科医療推進設備整備事業補助金交付申請書

押印不要

在宅歯科医療推進設備整備事業補助金交付要綱に基づく、令和〇年度在宅歯科医療推進設備整備事業補助金については、**987,000円**を交付されるよう補助金等の交付に関する規則（昭和39年宮崎県規則第49号）第3条第1号及び第2号の様式並びに同条第4号の規定により、関係書類を添えて申請します。

県補助金所要額

様式第2号（H）欄に記載した金額と同額

1 添付書類

- (1) 事業計画書（別記様式第1号）
- (2) 経費所要額調書（別記様式第2号）
- (3) 収支予算書（別記様式第3号）
- (4) 第2条第2号に係る納税証明書

↑ 県税に未納がないことの証明、申請を行う日から3か月以内のもの、写しでも可

((5) 第2条第3号に係る個人住民税の特別徴収実施確認・開始誓約書（別記様式第4号）)

↑ 法人の場合に必要、記載した場合は以下番号を繰り下げ

- (5) 第2条第4号に係る誓約書（別記様式第5号）
- (6) 見積書 ← 申請を行う日から3か月以内のもの、写しでも可、押印不要
- (7) 購入機器等の仕様書又はカタログ等その他参考となる資料

2 本件担当者氏名等

担当者氏名

電話番号

電子メール

追加

別記

様式第1号（第5条、第11条関係）

事業計画書（報告書）

申請者（〇〇歯科医院 院長 宮崎太郎）

1 実施計画（報告）

在宅歯科診療実施計画（報告）	年度	次年度以降
	1月あたり 10件	1月あたり 20件

いずれかに「〇」をする

中山間地域（※）の患者の診療の計画（実績）の有無（有 / 無）

※「中山間地域」とは、宮崎県中山間地域振興条例（平成23年条例第20号）第2条に定める区域とする。

2 医療機器等整備内訳

品目	銘柄	規格	数量	単価	金額	購入時期	備考
ビバエース コンプリートセ ット	ナカニシ	Y1003571	1	円 1,004,400	円 1,004,400	R4. 1	
ポートエックス 3	モリタ	PORT-XIII	1	477,360	477,360	R4. 1	
合 計					1,481,760		

【重要】購入時に、製造中止等の理由で計画した機器以外のものを購入する場合、変更申請が必要となる可能性があります。事前にお知らせください。

合計額を記載
※様式第2号（A）欄の合計金額と同額

3 整備を必要とする理由

【新規の例】

〇〇市及び当院近隣地域において、在宅歯科診療が行き届いておらず、高齢者や通院困難な方々に在宅歯科診療を新たに実施するため。

【地域拡充の例】

現在、在宅歯科診療を行っていない地域からも在宅歯科診療の要望が多いことから、地域拡充にあたり、複数体制で対応することとし、新たに機器が必要となったため。

【重要！】要綱別表1対象経費⑩その他に該当する機器を購入する場合、購入が必要な理由をこの欄に記載するとともに、事前に個別協議を行いますので健康増進課へご連絡ください。

※別表（第3条関係）⑩その他（個別協議による）に該当する機器を購入する場合は、該当機器の購入が必要な理由を明記すること。

経費所要額調書

（申請者 ○○歯科医院 院長 宮崎太郎）

（単位：円）

区 分	(A) 総事業費	(B) 寄付金 その他の 収入額	(C) 差引額 (A) - (B)	(D) 対象経費の 支出予定額	(E) 基準額	(F) 選定額	(G) 県費補助 基本額	(H) 県費補助 所要額 (G) × 2/3
在宅歯科医療 推進設備整備 事業	1,481,760	0	(A) - (B) 1,481,760	1,481,760	1,500,000 1,500,000と記載	1,481,760	1,481,760	987,000
計	1,481,760	0	1,481,760	1,481,760	1,500,000	1,481,760	1,481,760	987,000

- (注)
- 1 (F)「選定額」欄には、(D)と(E)を比較して少ないものの額を記入すること。
 - 2 (G)「県補助基本額」欄には、(C)と(F)を比較して少ない方の金額を記入すること。
 - 3 (H)「県費補助所要額」欄には、(G)欄に記入した金額に3分の2を乗じて得た金額を記入すること。ただし、1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てること。

様式第3号（第5条、第11条、規則第3条及び第14条関係）

収支予算書（収支決算書）

申請者（〇〇歯科医院 院長 宮崎太郎）

（単位：円）

収入の部				支出の部			
費目	予算額	決算額	増減	費目	予算額	決算額	増減
県補助金	987,000			ビバエース コンプリートセット	1,004,400		
実施主体 支出金	494,760			ポートエックス 3	477,360		
計	1,481,760			計	1,481,760		

様式第2号（H）欄と
同じ額を記載

品目ごとに記載

合計額から県補助金を
差し引いた額を記載

合計額を記載（同額になる）

申請書の申請日と同じ日付を記載

令和〇年〇月〇日

宮崎県知事 殿

申請者 住所 〒880-8501 宮崎市橘通 2-10-1

氏名 〇〇歯科医院 院長 宮崎太郎

誓約書

押印不要

チェックを入れる

私は、在宅歯科医療推進設備整備事業補助金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。）

自己及び本事業実施主体の構成員・役員等は、次のアからウまでのいずれにも該当するものではありません。また、事業実施主体の運営に対し、次のアからウまでのいずれの関与もありません。

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77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

経費所要額精算書

(申請者 ○○歯科医院 院長 宮崎太郎)

(単位：円)

区 分	(A) 総事業費	(B) 寄付金 その他の 収入額	(C) 差引額 (A) - (B)	(D) 対象経費の 実支出額	(E) 基準額	(F) 選定額	(G) 県費補助 基本額	(H) 県費補助 所要額 (G) × 2/3	(I) 県補助 交付 決定額	(J) 差引額 (I) - (H)
在宅歯科医療 推進設備整備 事業	1,481,760	0	1,481,760	1,481,760	1,500,000	1,481,760	1,481,760	987,000	987,000	0
計	1,481,760	0	1,481,760	1,481,760	1,500,000	1,481,760	1,481,760	987,000	987,000	0

様式第1号で記載した額を記載

(A) - (B)

1,500,000と記載

寄付金その他の収入額を記載、なければ0と記載

別表第1欄の対象経費に当てはまる額を記載

987,000

- (注)
- 1 (F)「選定額」欄には、(D)と(E)を比較して少ない方の金額を記入すること。
 - 2 (G)「県補助基本額」欄には、(C)と(F)を比較して少ない方の金額を記入すること。
 - 3 (H)「県費補助所要額」欄には、(G)欄に記入された金額に3分の2を乗じて得た金額を記入すること。ただし、1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てること。

令和〇年〇月〇日

宮崎県知事 殿

申請者 〇〇歯科医院 院長 宮崎太郎

令和〇年度仕入れに係る消費税等相当額報告書

押印不要

令和〇年〇月〇日付 246-〇〇〇〇により交付決定のあった在宅歯科医療推進設備整備事業について、在宅歯科医療推進設備整備事業補助金交付要綱第 11 条第〇項の規定に基づき、下記のとおり報告する。

記

- 1 補助金等の交付に関する規則第 15 条に基づく補助金の額の確定額（令和〇年〇月〇日付け第号による確定通知額）
金 〇, 〇〇〇, 〇〇〇円
- 2 補助金の確定時に減額した仕入れに係る消費税等相当額
金 〇円
- 3 消費税及び地方消費税の申告により確定した仕入れに係る消費税等相当額
金 〇円
- 4 補助金返還相当額（3 - 2）
金 〇円

（注）別途参考となる資料（2つの金額の積算内訳等）



要綱第 11 条の 3 に該当する場合は、事業完了日の属する年度の翌々年度の 6 月 30 日までに報告する。

様式第9号（第12条関係）

事業実施状況報告書

申請者 住所 〒880-8501 宮崎市橘通 2-10-1
氏名 ○○歯科医院 院長 宮崎太郎

1 購入年度 令和○年度

1年ごとに3年間報告
事業を実施した期間を記載

押印不要

2 事業実施期間:令和○年4月1日～令和○年3月31日

3 実施状況

(1) 訪問回数等

訪問回数 (回)		訪問延人員 (人)		訪問実人員 (人)	
	うち施設等への 訪問回数		うち施設等への 訪問延人員		うち施設等への 訪問実人員
200	100	200	100	10	10

※ 施設等とは、特別養護老人ホームや有料老人ホームなどの老人福祉関係入所施設、障がい児（者）福祉関係入所施設を言う。

(2) 中山間地域（※）患者の診療実績

(有) / 無)

いずれかに「○」をする

※ 「中山間地域」とは、宮崎県中山間地域振興条例（平成23年条例第20号）第2条に定める区域とする。



【重要】要綱第12条 事業の完了した年度以降の3年間は事業実施状況報告書（様式第9号）を翌年度の4月20日までに報告する。