

事業計画書

※制度利用医師1名ごとに記載すること

医療機関名

制度利用医師について		
制度利用医師	() 歳	
診療科		
雇用形態 (※該当に○印)	正規 ・ 非常勤 ・ その他 ()	
実施期間	年 月 日～ 年 月 日	
取組内容 (※該当に○印)	<ul style="list-style-type: none"> 育児中の女性医師等支援 (お子様の年齢) 介護中の女性医師等支援 (介護者との続柄) 	<ul style="list-style-type: none"> その他 ※詳細を記載してください
	<ul style="list-style-type: none"> 短時間勤務 日直・当直、時間外勤務の免除 オンコールの免除 事務補助者の雇用 復職支援研修 	
具体的支援内容 (※該当に○印)	短時間勤務	<ul style="list-style-type: none"> その他 ※詳細を記載してください
	日直・当直、時間外勤務の免除	
	オンコールの免除	
	事務補助者の雇用	
	復職支援研修	

制度利用前	
所定労働時間	時間/週
宿日直回数	回/週
オンコール待機 (※該当に○印)	有 ・ 無
時間外	時間/週
事務補助者	有 ・ 無
(制度活用医師の所属する) 診療科の体制	正規雇用医師 名
	非常勤医師 名
その他	



制度利用後(予定)	
所定労働時間	時間/週
宿日直回数	回/週
オンコール待機 (※該当に○印)	有 ・ 無
時間外	時間/週
事務補助者	有 ・ 無
(制度活用医師の所属する) 診療科の体制	正規雇用医師 名
	非常勤医師 名
	制度活用医師 名
その他	

代替医師について

代替医師①	
氏名	
診療科	
雇用形態 (※該当に○印)	正規 ・ 非常勤 ・ その他
代替部分	
労働時間	時間/週
宿日直回数	回/週
オンコール待機 (※該当に○印)	有 ・ 無
時間外	時間/週
その他	

代替医師②	
氏名	
診療科	
雇用形態 (※該当に○印)	正規 ・ 非常勤 ・ その他
代替部分	
労働時間	時間/週
宿日直回数	回/週
オンコール待機 (※該当に○印)	有 ・ 無
時間外	時間/週
その他	

代替医師③	
氏名	
診療科	
雇用形態 (※該当に○印)	正規 ・ 非常勤 ・ その他
代替部分	
労働時間	時間/週
宿日直回数	回/週
オンコール待機 (※該当に○印)	有 ・ 無
時間外	時間/週
その他	

代替医師④	
氏名	
診療科	
雇用形態 (※該当に○印)	正規 ・ 非常勤 ・ その他
代替部分	
労働時間	時間/週
宿日直回数	回/週
オンコール待機 (※該当に○印)	有 ・ 無
時間外	時間/週
その他	

代替医師

代替医師①	
氏名	
診療科	
雇用形態 (※該当に○印)	正規・非常勤・その他
代替部分	
労働時間	時間/週
宿日直回数	回/週
オンコール待機 (※該当に○印)	有・無
時間外	時間/週
その他	

代替医師②	
氏名	
診療科	
雇用形態 (※該当に○印)	正規・非常勤・その他
代替部分	
労働時間	時間/週
宿日直回数	回/週
オンコール待機 (※該当に○印)	有・無
時間外	時間/週
その他	

代替医師③	
氏名	
診療科	
雇用形態 (※該当に○印)	正規・非常勤・その他
代替部分	
労働時間	時間/週
宿日直回数	回/週
オンコール待機 (※該当に○印)	有・無
時間外	時間/週
その他	

代替医師④	
氏名	
診療科	
雇用形態 (※該当に○印)	正規・非常勤・その他
代替部分	
労働時間	時間/週
宿日直回数	回/週
オンコール待機 (※該当に○印)	有・無
時間外	時間/週
その他	

代替医師⑤	
氏名	
診療科	
雇用形態 (※該当に○印)	正規・非常勤・その他
代替部分	
労働時間	時間/週
宿日直回数	回/週
オンコール待機 (※該当に○印)	有・無
時間外	時間/週
その他	

代替医師⑥	
氏名	
診療科	
雇用形態 (※該当に○印)	正規・非常勤・その他
代替部分	
労働時間	時間/週
宿日直回数	回/週
オンコール待機 (※該当に○印)	有・無
時間外	時間/週
その他	

代替医師⑦	
氏名	
診療科	
雇用形態 (※該当に○印)	正規・非常勤・その他
代替部分	
労働時間	時間/週
宿日直回数	回/週
オンコール待機 (※該当に○印)	有・無
時間外	時間/週
その他	

代替医師⑧	
氏名	
診療科	
雇用形態 (※該当に○印)	正規・非常勤・その他
代替部分	
労働時間	時間/週
宿日直回数	回/週
オンコール待機 (※該当に○印)	有・無
時間外	時間/週
その他	

様式第2号（第8条、第12条、第14条関係）

収支予算（決算）書

1 収入の部

（単位：円）

科目	予算額	備考
県補助額		
寄附金		
その他収入		
自己資金		
計		

2 支出の部

科目	予算額	内訳
給与費		
常勤職員給与費		
非常勤職員給与費		
手当		
賃金		
報償費		
旅費		
需用費		
役務費		
使用料及び賃借料		
備品購入費		
図書購入費		
計		

※内訳には、単価・人数・日数等を記載すること。

補助対象経費算定（実績）書

（単位：円）

事業区分	総事業費 A	寄附金 その他の 収入額 B	差引事業費 C=A-B	基準額 D	対象経費の 支出予定額 E	選定額 F	補助率	補助所要額 (千円未満切捨) F×1/2	備考
女性医師等 就労環境 改善支援補助金									

注 F欄には、D欄の金額とE欄の金額とを比較して少ない方の金額と、C欄を比較して少ない方の金額を記入すること。

特別徴収実施確認・開始誓約書

年 月 日

所在地
医療機関名
代表者職・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せん。

→ 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

誓約書

年 月 日

所在地

医療機関名

フリガナ

代表者職・氏名

生年月日 年 月 日（性別）

私は、女性医師等就労環境改善支援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。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

イ 暴力団員

ウ 暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者

様式第6号（第12条関係）

文 書 番 号
年 月 日

宮崎県知事 殿

所在地
医療機関名
代表者職・氏名

女性医師等就労環境改善支援補助金変更（中止・廃止）承認申請書

年 月 日付け24060- により補助金交付決定のあった
年度女性医師等就労環境改善支援補助金について、別紙の理由により、変更（中
止・廃止）の承認を受けたいので申請します。

様式第6号（第12条関係）別紙

<p>補助事業の 実施の経過</p>	
<p>変更（中止、 廃止）の理由</p>	

請 求 書

金 _____ 円

但し、 _____ 年度女性医師等就労環境改善支援補助金として、上記のとおり請求します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

宮崎県知事 _____ 殿

住 所

法 人 名

医 療 機 関 名

代 表 者
職 氏 名

納付先

金融機関の名称	銀行	支店
預金の種類		
口座番号		
フリガナ		
口座名義		

担当者	
連絡先	

事業実績書

※制度利用医師1名ごとに記載すること

医療機関名

制度利用医師について	
制度利用医師	(歳)
診療科	
雇用形態 (※該当に○印)	正規 ・ 非常勤 ・ その他 ()
実施期間	年 月 日～ 年 月 日
取組内容 (※該当に○印)	<ul style="list-style-type: none"> 育児中の女性医師等支援 (お子様の年齢) 介護中の女性医師等支援 (介護者との続柄)
具体的支援内容 (※該当に○印)	・ 短時間勤務
	・ 日直・当直、時間外勤務の免除
	・ オンコールの免除
	・ その他 ※詳細を記載してください

制度利用前	
所定労働時間	時間/週
宿日直回数	回/週
オンコール待機 (※該当に○印)	有 ・ 無
時間外	時間/週
事務補助者	有 ・ 無
(制度活用医師の所属する) 診療科の体制	正規雇用医師 名
	非常勤医師 名
その他	

制度利用後	
所定労働時間	時間/週
宿日直回数	回/週
オンコール待機 (※該当に○印)	有 ・ 無
時間外	時間/週
事務補助者	有 ・ 無
(制度活用医師の所属する) 診療科の体制	正規雇用医師 名
	非常勤医師 名
	制度活用医師 名
その他	

代替医師について（足りない場合コピーしてください）

代替医師①	
氏名	
診療科	
雇用形態 (※該当に○印)	正規 ・ 非常勤 ・ その他
代替部分	
労働時間	時間/週
宿日直回数	回/週
オンコール待機 (※該当に○印)	有 ・ 無
時間外	時間/週
その他	

代替医師②	
氏名	
診療科	
雇用形態 (※該当に○印)	正規 ・ 非常勤 ・ その他
代替部分	
労働時間	時間/週
宿日直回数	回/週
オンコール待機 (※該当に○印)	有 ・ 無
時間外	時間/週
その他	

代替医師③	
氏名	
診療科	
雇用形態 (※該当に○印)	正規 ・ 非常勤 ・ その他
代替部分	
労働時間	時間/週
宿日直回数	回/週
オンコール待機 (※該当に○印)	有 ・ 無
時間外	時間/週
その他	

代替医師④	
氏名	
診療科	
雇用形態 (※該当に○印)	正規 ・ 非常勤 ・ その他
代替部分	
労働時間	時間/週
宿日直回数	回/週
オンコール待機 (※該当に○印)	有 ・ 無
時間外	時間/週
その他	

文 書 番 号
年 月 日

宮崎県知事 殿

所 在 地
医療機関名
代表者職・氏名

令和 年度消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

女性医師等就労環境改善支援補助金交付要綱に基づく令和 年度女性医師等就労環境改善支援補助金について、女性医師等就労環境改善支援補助金交付要綱第14条第3項の規定に基づき、下記のとおり報告します。

記

1 事業区分及び施設の名称

2 補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律（昭和30年法律第179号）第15条の規定による確定額又は事業実績報告による精算額

金 _____ 円

3 消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額（要返納相当額）

金 _____ 円

4 添付書類

3の消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額の積算内訳等

文 書 番 号
年 月 日

宮崎県知事 殿

所 在 地
医療機関名
代表者職・氏名

女性医師等就労環境改善支援補助金交付申請書

女性医師等就労環境改善支援補助金交付要綱に基づく令和 年度女性医師等就労環
境改善支援補助金については、 円を交付されるよう第8条の規定によ
り、関係書類を添えて申請する。

添付書類

- 1 事業計画書（別記様式第1号）
- 2 収支予算書（別記様式第2号）
- 3 補助対象経費算定書（別記様式第3号）
- 4 特別徴収実施確認・開始誓約書（別記様式第4号）
- 5 誓約書（別記様式第5号）
- 6 県税に未納がないことの証明書
- 7 その他知事が必要と認めるもの

文 書 番 号
年 月 日

宮崎県知事 殿

所 在 地
医療機関名
代表者職・氏名

女性医師等就労環境改善支援補助金実績報告書

女性医師等就労環境改善支援補助金交付要綱に基づく 年度女性医師等就労環境改善支援補助事業の実績について、第14条の規定により、関係書類を添えて報告する。

添付書類

- 1 事業実績書（別記様式第8号）
- 2 収支決算書（別記様式第2号）
- 3 補助対象経費実績書（様式第3号）