別記様式第５号（第８条関係）

群馬県地域医療介護連携感染症予防・対策事業費補助金　実績報告書

　　年　　月　　日

　群馬県知事　　　　　　宛て

　　　　　　　　　　　　申請者

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 代表者職・氏名 |  |
| 所在地 |  |

　下記１により交付決定を受けた群馬県地域医療介護連携感染症予防・対策事業について、群馬県地域医療介護連携感染症予防・対策事業費補助金交付要綱第８条の規定により下記２から４までのとおり事業実績の報告を行います。

記

１　対象事業

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年度 | 　　年度 |
| 交付決定を受けた日 | 　　年　　月　　日 |
| 交付決定の指令番号 | 　　第　　－　　号 |

２　事業費（確定）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 派遣（医師） | ① | 31,183円× | 　　回＝ | 円 |
| 派遣（医師以外の職種） | ② | 21,160円× | 　　回＝ | 円 |
| 旅費加算 | ③ | 円 |
| 相談対応 | ④ | 　 556円× | 　　件＝ | 円 |
| コーディネータ人件費 | ⑤ | 　　　円× | 　　時間＝ | 円 |
| 会議・研修費 | ⑥ | 円 |
| 内訳 |  |  |
| その他事業費 | ⑦ | 円 |
| 内訳 |  |  |
| 総事業費①＋②＋③＋④＋⑤＋⑥＋⑦ | ⑧ | 円 |

３　補助額精算

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 総事業費　⑧ | ⑧ | 円 |
| 寄付金その他の収入（入場料、講習料、資料代など） | ⑨ | 円 |
| 差引額⑧－⑨ | ⑩ | 円 |
| 対象経費の実支出額 | ⑪ | 円 |
| 交付決定額（変更後の交付決定額） | ⑫ | 円 |
| 選定額　⑩、⑪、⑫のうち最も少ない額 | ⑬ | 円 |
| 補助所要額　⑬の千円未満の端数を切り捨てた額 | ⑭ | 円 |

４　事業実績

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 派遣 | 県医師会の派遣 | 医師 | 回 |  |
| 医師以外の職種 | 回 |  |
| 会員等の派遣 | 医師 | 回 |  |
| 医師以外の職種 | 回 |  |
| 相談件数 | コーディネータの受けた相談件数 | 件 |  |
|  | うち理事等の対応した相談件数 | 件 | ④の回数と一致すること |
|  | うち県医師会に依頼した相談件数 | 件 |  |
| 会議・研修 | 開催日 |  |  |
| 開催場所 |  |  |
| 参加人数 |  |  |
| 主な内容 |  |  |
| コーディネータ稼働時間 | 　　時間 | ⑤の時間と一致すること |
| その他実施した事業 |  | ⑦の内訳と一致すること |

添付書類

　・請求書の写し

　・領収書、振込控え、銀行通帳などの支払いの実行の分かる書面の写し。

　・派遣事業については、派遣報告書の写し

　・コーディネータ人件費については、別紙Ａ

　・会議、研修等については、出席者名簿（所属施設の分かるもの）及び当日の配付資料

　・派遣先高齢者施設等の一覧（別紙Ｂ）

　・相談件数記録表（別紙Ｃ）

　　　　　　　　　　　　担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 |  |
| 郵便番号・所在地 | 〒 |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メイルアドレス |  |