

群馬県知事 へ

所在地

申請者 名称・医療機関名

代表者名

令和5年度群馬県外来対応医療機関設備整備事業費補助金の変更交付申請について

令和 年 月 日 付け群馬県指令感疾第 号で交付決定を受けた補助事業について、
群馬県外来対応医療機関設備整備事業費補助金交付要綱第8に基づき、内容を変更したいので
申請します。

記

1 変更理由

2 変更内容

3 補助金変更申請額

| | | |
|-------|---|---|
| 交付決定額 | 金 | 円 |
| 増減額 | 金 | 円 |
| 変更申請額 | 金 | 円 |

4 その他必要な書類

- ・事業実施計画書 (別紙1のとおり)
- ・補助金所要額調書 (別紙2のとおり)
- ・補助金所要額明細書 (別紙3のとおり)

※ 様式第1号の別紙1、2、3に準じて作成すること。

なお、当初申請と異なる箇所については、変更前を上段に()書きし、変更後を下段に記入すること。

令和5年度 群馬県外来対応医療機関設備整備事業費補助金 事業実施計画書

| | |
|-------|--|
| 医療機関名 | |
| 代表者名 | |

1 医療機関の設備整備計画

(1) 整備台数等

(単位：円)

| 設備名 | 規格 | 必要数 | 所要額 | 納品予定時期 |
|------------------------|----|-----|-----|--------|
| HEPAフィルター付き 空気清浄機 | | | | |
| HEPAフィルター付き パーテーション | | | | |
| 個人防護具 | | | | |
| 簡易ベッド | | | | |
| 簡易診療室及び付帯 する備品 | | | | |
| 総額 | | | | |

(2) 必要理由

2. 添付書類

- (1) カタログ及び見積書
- (2) その他参考となる書類

別紙 2

令和 5 年度 群馬県外来対応医療機関設備整備事業費補助金 所要額調書

医療機関名
 所属部課・担当者名
 電話番号
 メールアドレス

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

(単位：円)

| 医療機関名 | 総事業費 | 寄附金その他の収入額 | 差引事業費 ((A) - (B)) | 対象経費の 支出予定額 | 基準額 | 選定額 | 補助金 所要額 | 県補助 交付決定額 |
|-------|------|------------|----------------------|----------------|-----|-----|------------|--------------|
| | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (F) | (G) | (H) |
| | | | | | | | | |
| 合計額 | | | | | | | | |

- (注) 1 「総事業費」欄には、当該事業に係る部分のみを記入すること。
 2 「選定額」欄には、別紙 3 と同額を記載すること
 3 「補助金所要額」欄には、「選定額」と「差引事業費」とを比較して少ない方の額に、補助率を乗じて得た額を記入すること。
 ただし、算定された額に1,000円未満の端数を生じた場合は、これを切り捨てるものとする。

令和5年度 群馬県外来対応医療機関設備整備事業費補助金 所要額明細書

医療機関名

(単位：円)

| 品 目 | 基準額 | | | 対象経費支出予定額 | | | | 選定額 | 注意事項 |
|--------------------|--------|---------|----|-----------|----|----------|----------|----------|---|
| | 数量 | 単価 (税込) | 金額 | 規格 (型式) | 数量 | 単価 (税込み) | 金額 (税込み) | 金額 (税込み) | |
| HEPAフィルター付き空気清浄機 | | 905,000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | <ul style="list-style-type: none"> ・1施設当たり1台 ・簡易なダクト工事により、既存の診療室を陰圧状態に切り替えられる装置 ・リース又は購入費及びダクト工事費のみ対象 |
| HEPAフィルター付きパーテーション | | 205,000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | |
| 個人防護具 | | 3,600 | 0 | | | | | 0 | <ul style="list-style-type: none"> ・マスク、ゴーグル、ガウン、グローブ、キャップ、フェイスシールド等 ・購入数の上限は、疑い患者数×患者を診療する医療従事者数 |
| | 患者数 | 医療従事者数 | | | | | | | |
| 簡易ベッド | | 51,400 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | |
| 簡易診療室及び付帯する備品 | 簡易診療室 | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | <ul style="list-style-type: none"> 【簡易診療室】 ・フレハブやテント、カーポートなど簡易な構造で緊急的かつ一時的に設置するもの ・建設や改修工事は対象外 【付帯設備】 ・簡易診療室の整備に伴って一体的に整備するもの(エアコン、トイレ、洗面台など) ・付帯する備品のみ申請は対象外 ・医療機器や既存の診療室のための備品は対象外 |
| | 付帯する備品 | | | | | | | | |
| 計 | | | 0 | | | | 0 | 0 | |

(注) 品目及び数量を記入するとともに、必要に応じて「規格」欄には商品名や仕様・規格など参考となる事項を具体的に記入すること。

記入例

第 号

令和5年9月30日

- 1) 申請日：令和5年9月30日
- 2) 医療法人の場合は法人名を必ず記載してください。
- 3) 法人の場合は理事長名としてください。

群馬県知事 あて

所在地

前橋市大手町1-1-1

申請者 名称・医療機関名

医療法人ぐんま G Cクリニック

代表者名

理事長・院長 ○○ ○○

令和5年度群馬県外来対応医療機関設備整備事業費補助金の変更交付申請について

令和5年8月○日 付け群馬県指令感疾第 30464-○○ 号で交付決定を受けた補助事業について、群馬県外来対応医療機関設備整備事業費補助金交付要綱第8に基づき、内容を変更したいので申請します。

4) お送りした指令書の日付と指令番号（感疾第*****-**号）を記載してください。

記

1 変更理由

疑い患者数の増加により、個人防護具の追加購入が必要なため。

2 変更内容

個人防護具の追加購入

5) 変更理由と変更内容は詳細に記載してください。（本例を参考）

3 補助金変更申請額

| | | | |
|-------|---|-----------|---|
| 交付決定額 | 金 | 1,000,000 | 円 |
| 増減額 | 金 | 500,000 | 円 |
| 変更申請額 | 金 | 1,500,000 | 円 |

4 その他必要な書類

- ・事業実施計画書 (別紙1のとおり)
- ・補助金所要額調書 (別紙2のとおり)
- ・補助金所要額明細書 (別紙3のとおり)

6) 指令書に書かれた金額を「交付決定額」欄に記載し、増額分を「増減額」、増額後の合計を「変更申請額」に記載してください。

※ 様式第1号の別紙1、2、3に準じて作成すること。

なお、当初申請と異なる箇所については、変更前を上段に（ ）書きし、変更後を下段に記入すること。

令和5年度 群馬県外来対応医療機関設備整備事業費補助金 事業実施計画書

| | |
|-------|-------------|
| 医療機関名 | ぐんまちゃんクリニック |
| 代表者名 | 院長 赤城 太郎 |

1 医療機関の設備整備計画

記入例

(1) 整備台数等

(単位：円)

| 設備名 | 規格 | 必要数 | 所要額 | 納品予定時期 |
|------------------------|-------------------|----------------|--------------------------|-----------|
| HEPAフィルター付き 空気清浄機 | ●●● | 1 | 1,205,000 | 令和5年5月納品済 |
| HEPAフィルター付き パーテーション | ▲▲▲ | (2) 3 | (400,000) 600,000 | 令和5年6月納品済 |
| 個人防護具 | サージカルマスク 被滅菌手袋 | (600) 1,200 | (1,500,000) 2,500,000 | 令和5年7月納品済 |
| 簡易ベッド | ○○○ | 1 | 50,000 | 令和5年8月納品済 |
| 簡易診療室及び付帯 する備品 | 簡易陰圧室** | 1 | 500,000 | 令和5年9月納品済 |
| 総額 | | | (3,655,000) 4,855,000 | |

(2) 必要理由

事業期間内における疑い患者数の増加に伴い、院内の感染防止対策に必要な個人防護具を購入するため。

2. 添付書類

- (1) カタログ及び見積書
- (2) その他参考となる書類

令和5年度 群馬県外来対応医療機関設備整備事業費補助金 所要額調書

記入例

当初申請と異なる箇所については、
変更前を上段に () 書きし、変更後を下段に記入
※変更前の内容について、手書き等で記入してください。

医療機関名
所属部課・担当者名
電話番号
メールアドレス

ぐんまちゃんクリニック
事務 榛名 花子
027-226-2901
gairai@pref.gunma.lg.jp

(単位：円)

| 医療機関名 | 総事業費 | 入金その の収入額 | 差引事業費 (A)-(B) | 対象経費の 支出予定額 | 基準額 | 選定額 | 補助金 所要額 | 県補助 交付決定額 |
|-------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (F) | (G) | (H) |
| ぐんまちゃんクリニック | (3,655,000) 4,855,000 | 0 | (3,655,000) 4,855,000 | (3,655,000) 4,855,000 | (4,026,400) 6,391,400 | (3,355,000) 4,555,000 | (3,355,000) 4,555,000 | (3,355,000) 4,555,000 |
| 合計額 | (3,655,000) 4,855,000 | 0 | (3,655,000) 4,855,000 | (3,655,000) 4,855,000 | (4,026,400) 6,391,400 | (3,355,000) 4,555,000 | (3,355,000) 4,555,000 | (3,355,000) 4,555,000 |

- (注) 1 「総事業費」欄には、当該事業に係る部分のみを記入すること。
2 「選定額」欄には、別紙3と同額を記載すること。
3 「補助金所要額」欄には、「選定額」と「差引事業費」とを比較して少ない方の額に、補助率を乗じて得た額を記入すること。
ただし、算定された額に1,000円未満の端数を生じた場合は、これを切り捨てるものとする。

令和5年度 群馬県外来対応医療機関設備整備事業費補助金 所要額明細書

記入例

医療機関名

ぐんまちゃんクリニック

(単位：円)

当初申請と異なる箇所については、
変更前を上段に()書きし、変更後を下段に記入
※変更前の内容について、手書き等で記入してください。

| 品目 | 基準額 | | | 対象経費支出予定額 | | | 選定額 | 注意事項 | |
|--------------------|----------------|---------|--------------------------|------------------------|----------|-----------|--------------------------|--------------------------|---|
| | 数量 | 単価 (税込) | 金額 | 規格 (型式) | 数量 | 単価 (税込み) | 金額 (税込み) | | 金額 (税込み) |
| HEPAフィルター付き空気清 | 1 | 905,000 | 905,000 | ●●● | 1 | 1,205,000 | 1,205,000 | 905,000 | ・1施設当たり1台 ・簡易なダクト工事により、既存の診療室を陰圧状態に切り替えられる装置 ・リース又は購入費及びダクト工事費のみ対象 |
| HEPAフィルター付きパーテーション | (2) 3 | 205,000 | (410,000) 615,000 | ▲▲▲ | (2) 3 | 200,000 | (400,000) 600,000 | (400,000) 600,000 | |
| 個人防護具 | (600) 1,200 | 3,600 | (2,160,000) 4,320,000 | サージカルマスク 滅菌手袋 | / | / | (1,500,000) 2,500,000 | (1,500,000) 2,500,000 | ・マスク、ゴーグル、ガウン、グローブ、キャップ、フェイスシールド等 ・購入数の上限は、疑い患者数×患者を診療する医療従事者数 |
| | 患者数 | 医療従事者数 | | | | | | | |
| 簡易ベッド | 1 | 51,400 | 51,400 | ○○○ | 1 | 50,000 | 50,000 | 50,000 | 【計算例】 疑い患者数600人(R5.4~9月実績600人) ×医療従事者数2人(医師1、看護師1)=必要数1,200 |
| 簡易診療室及び付帯する備品 | 簡易診療室 | 1 | 500,000 | 簡易診療室の種類及び付帯する備品の名称を記入 | 1 | 500,000 | 500,000 | 500,000 | 【簡易診療室】 ・プレハブやテント、カーポートなど簡易な構造で緊急のかつ一時的に設置するもの ・建設や改修工事は対象外 【付帯設備】 ・簡易診療室の整備に伴って一体的に整備するもの(エアコン、トイレ、洗面台など) ・付帯する備品のみ申請は対象外 ・医療機器や既存の診療室のための備品は対象外 |
| | 付帯する備品 | / | 500,000 | 簡易陰圧室** | / | / | 500,000 | 500,000 | |
| 計 | / | / | (4,026,400) 6,391,400 | / | / | / | (3,655,000) 4,855,000 | (3,355,000) 4,555,000 | |

疑い患者数を記入(右記参照)
簡易診療室の数に関わらず、対象経費がある場合には、1を記入

全ての簡易診療室及び付帯する備品の総額を記入

購入予定総額記入
(円単位まで記入)
1台あたりの単価を記入

(注) 品目及び数量を記入するとともに、必要に応じて「規格」欄には商品名や仕様・規格など参考となる事項を具体的に記入すること。