

医療機関として文書番号
を使用していない場合は
記載は不要です

第 号
令和3年●月●日

香川県知事 殿

住 所 高松市番町○○○

補助事業者名 医療法人社団××

▲▲クリニック

代表者職氏名 理事長 ●● ●●

令和3年度香川県新型コロナウイルス感染症患者対応医療従事者活動支援事業
補助金交付申請書兼請求書

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1 交付申請額 金 ●●, 000 円

振込先金融機関名	本・支店名	預金種別	口座番号（右詰めで記入）
うどん 銀行 信用金庫 信用組合・農協	県庁支店	普通当座 (○を付けて ください)	9 9 9 9 9 9 9
フリガナ	イリョウホウジンシャダン×× ▲▲クリニック リジチョウ ●●●●		
口座名義	医療法人社団×× ▲▲クリニック 理事長 ●● ●●		

責任者氏名 事務長 かがわ 一郎
担当者氏名 事務員 香川 ジロー
連絡先 087-000-1111

※ 振込先の口座は、「申請者」ご本人の口座に限ります。
(法人の場合は、当該法人の口座に限ります)

2 添付書類

- (1) 所要額調書（別紙1-1）
- (2) 対象経費の支出額内訳及び実績報告書（別紙1-2）
- (3) 当該事業に係る歳入歳出決算（見込）書の抄本（別紙1-3）
- (4) 香川県の県税（延滞金及び加算金を含み、地方消費税を除く。）に滞納がない旨の証明書
- (5) 個人ごとの勤務実績が確認できる書類、特殊勤務手当の支払いが確認できる書類の写し等
- (6) (1) から (5) までに掲げる書類のほか、参考となる書類
・特殊勤務手当の支給根拠となる就業規程（又は就業規定案）の写し

所 要 額 調 書

施設名： ▲▲クリニック

(単位：円)

区 分	(A) 総事業費	(B) 寄附金その他の 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) × 10/10	(I) 県費補助申請 額	備考
新型コロナウイルス感染症患者対応医療従事者活動支援事業補助金	補助対象外経費がなければ、(D)欄と同額になります。		寄附金その他の収入がなければ、(A)欄と同額になります。	別紙1-2の対象経費の支出額の合計欄を記入	別紙1-2の基準額の合計欄を記入	(D)欄と(E)欄を比較して少ない方の額を記入	(C)欄と(F)欄を比較して少ない方の額を記入	(G)欄 × 10/10	(H)欄で算出した額に1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額を記入	

※「対象経費の支出予定額 (D)」及び「基準額 (E)」欄は、対象経費の支出額内訳及び事業計画書 (別紙 1 - 2) で算出した額を記入してください。

※「選定額 (F)」欄は、(D)欄と (E)欄を比較して少ない方の額を記入してください。

※「県費補助基本額 (G)」欄は、(C)欄と (F)欄を比較して少ない方の額を記入してください。

※「県費補助申請額 (I)」欄は、(H)欄で算出した額に1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額を記入してください。

対象経費の支出額内訳及び実績報告書

施設名： ▲▲クリニック

1. 特殊勤務手当等の支給要件等

	支給要件①	支給要件②	支給要件③
支給要件			
支給単位			
金額 (円)			
(職種別の作業概要)			
医師			
看護師			

支給要件、支給単位、金額の欄は、貴院で定めた給与規定にもとづいて記入してください。
支給単位の欄は、日額、1勤務あたりなど支給

職種別に作業の概要を記入してください。
例) 医師: 新型コロナウイルス感染症患者等の診察、検体採取など
看護師: 診療の補助、検体採取の補助、問診、採血 など

2. 対象経費の支出額内訳及び基準額

	対象経費の支出額							基準額				
	支給要件①		支給要件②		支給要件③		合計	別表第1欄第1号 (4,000円対象)		別表第1欄第2号 (3,000円対象)		合計
	件数	支給額	件数	支給額	件数	支給額		件数	支給額	件数	支給額	
4月							0	0	0	0	0	0
5月							0	0	0	0	0	0
6月							0	0	0	0	0	0
7月							0	0	0	0	0	0
8月							0	0	0	0	0	0
9月							0	0	0	0	0	0
10月							0	0	0	0	0	0
11月							0	0	0	0	0	0
12月							0	0	0	0	0	0
1月							0	0	0	0	0	0
2月							0	0	0	0	0	0
3月							0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

この合計欄を、別紙1-1の(D)欄「対象経費の支出予定額」に記入してください。

この合計欄を、別紙1-1の(E)欄「基準額」に記入してください。

歳入歳出決算（見込）書（抄本）

1 歳入の部

区 分	予 算 額	決 算 額	差引増減	備 考
県補助金	円 補助申請額を記入	円 予算額と同額を記入	円 0	
その他収入 <small>(寄附金, その他補助金等)</small>				
事業主負担				
計				

2 歳出の部

区 分	予 算 額	決 算 額	差引増減	備 考
●●手当	円 手当支給額を記入	円 予算額と同額を記入	円 0	
計				

上記のとおり原本と相違ないことを証します。

令和 ○年 ○月 ○日

補助事業者名
代表者職氏名

×× ▲▲クリニック
理事長 ●●●●

