

令和6年度石川県地域医療勤務環境改善体制整備特別事業費補助金

様式

書類の提出先

e150900a@pref.ishikawa.lg.jp

※原則メールにてご提出ください。

状況	提出書類
R7. 1. 31までに交付申請する	(様式第1号) 交付申請書
	(様式第2-1号) 事業計画書
	(様式第2-2号) 事業概要書
	(様式第2-3号) 勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制
	(様式第3号) 経費所要額調書
	(様式第4号) 経費所要額明細書
	(様式第5号) 収支予算(見込)書抄本
	その他、事業内容がわかる書類(見積書・見積内訳書の写し等)
消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額が確定した	(様式第6号) 消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書
交付決定後、対象経費が20パーセント以上変動した	(様式第7号) 変更承認申請書
事業を中止または廃止する	(様式第8号) 事業中止(廃止)承認申請書
交付決定後、20日以内に申請を取り下げる	(様式第9号) 交付申請取下届出書
事業が交付申請書に記載した期間内に完了しない見込みとなった	(様式第10号) 事業計画遅延等報告書
事業が完了した ※事業完了から30日以内、かつ令和7年3月31日まで	(様式第11号) 実績報告書
	(様式第12-1号) 事業成果等概要書
	(様式第12-2号) 勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制(事業完了時)
	(様式第13号) 精算額内訳書
	(様式第14号) 精算額明細書
	(様式第15号) 収支決算(見込)書抄本
	事業が完了したことがわかる書類 (契約書または発注書、(工事)完成届、納品書等)
補助金額の確定通知書が届いた	(様式第16号) 補助金交付請求書
補助を受けて取得した財産を処分、売渡、譲渡、貸付、担保に供する	(様式第17号) 財産処分承認申請書

(様式第1号)

令和 年 月 日

石川県知事 馳 浩 様

(〒)

所在地

名称

代表者職氏名

令和6年度石川県地域医療勤務環境改善体制整備特別事業費補助金
交付申請書

標記について、石川県地域医療勤務環境改善体制整備特別事業費補助金交付要綱の規定により、下記の通り関係書類を添えて申請します。

記

1 交付申請額 金 円

2 添付書類

- (1) 事業計画書 (様式第2-1号)
- (2) 事業概要書 (様式第2-2号)
- (3) 勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制 (様式第2-3号)
- (4) 経費所要額調書 (様式第3号)
- (5) 経費所要額明細書 (様式第4号)
- (6) 収支予算 (見込) 書抄本 (様式第5号)
- (7) 事業内容がわかる書類 (見積書、見積内訳書の写し等)
- (8) その他、参考となる書類

※電子メールでの提出など、申請書の押印を省略する場合は、下記の欄を記載すること。

発行 責任 者	所属・役職	
	氏名	
	電話番号	

担 当 者	所属・役職	
	氏名	
	電話番号	

(様式第2-1号)

地域医療勤務環境改善体制整備特別事業計画書

基本情報

医療機関名	
医療機関コード	
所在地	
代表者(管理者)名	
担当者役職	
担当者氏名	
電話番号	
メールアドレス	

※医療機関コードは、レセプト請求で使用する10桁の番号(「都道府県番号(2桁)」+「点数区分番号(1桁)(医科:“1”)」+「医療機関番号(7桁)」)。医療機関番号(7桁)は地方厚生局ホームページでご確認が可能。

1. 交付要件について

(1) 当該事業に係る最大使用病床数

医療法上の病床種別(病床機能報告により都道府県へ報告している最大使用病床数)

一般病床	その他(※)	合計

※精神科救急を根拠とする場合は同報告と同時点の精神病床数とする。

(2) 前年度の時間外・休日労働時間の実績

年720時間超～960時間以下の 医師数	年960時間超の医師数(※)	合計

※医師数を記入する場合は、自院以外の副業・兼業先の労働時間も通算して年960時間超の医師数とする。

2. 対象事業に関する情報

(1) 常勤換算医師数(※)

一般病床の許可病床数	医師数(非常勤含む)	100床あたりの常勤換算医師数

※病床機能報告により都道府県へ報告している最大使用病床数

(2) 基幹型臨床研修病院、専門研修基幹施設

基幹型臨床研修病院の該当性の有無	専門研修基幹施設である領域数

3. 取組内容に要する経費について

下表①～⑤の内訳について（最も合致する経費を一つ選択し下表に入力すること）

- ①タスク・シフト/シェア
（例：職種に関わりなく特にするもの。職種毎に推進するもの。）
- ②医師の業務見直し
（例：外来業務の見直し。宿日直の体制や分担の見直し。オンコール体制の見直し。主治医の見直し。）
- ③その他の勤務環境改善
（例：ICTその他の設備投資。出産・子育て・介護など、仕事と家庭の両立支援。更なるチーム医療の推進。）
- ④副業・兼業を行う医師の労働時間の管理
（例：副業・兼業先の労働時間も踏まえた勤務シフトの管理。副業・兼業先との勤務シフトの調整。副業・兼業先への医師労働時間短縮の協力要請。）
- ⑤C-1水準を適用する臨床研修医及び専攻医の研修の効率化
（例：教育カンファレンスや回診の効率化。効率的な学習教材・機材の提供による学習環境の充実。個々の医師に応じた研修目標の設定とこれに沿った研修計画の作成。）

（単位：千円）

補助対象経費	支出内容	区分 (最も合致する経費を一つ選択)	資産形成 有無	所要見込額	補助対象額
合計					

事業概要書

事業概要	【事業の趣旨、目的】
	【実施責任者】
	【事業目標】
事業内容	【事業の進め方】 着手予定： 年 月 日 完了予定： 年 月 日
	【役割分担等】

※事業概要には、事業全体のあらましや実施責任者、目標等を記入すること。
また、事業内容には、事業の具体的な進め方や役割分担等について記入すること。
※事業概要は、「医師労働時間短縮計画」に基づいた事業であることがわかるように記入すること。

勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制

新規申請時の状況について記載する事項

(□には、適合する場合「✓」を記入すること)

(1) 勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握

ア 医療機関に勤務する医師数 (令和 年 月末時点)	常勤: 名 宿日直(*1)を担当する医師数: 名	非常勤: 名 (うち非常勤 名)
*1 宿日直については、平日の平均的な1日における体制を記載すること		
イ 勤務医の勤務状況の把握等(令和 年 月末時点)		
(ア) 勤務時間の具体的な把握方法(該当する事項に○すること) 複数回答可		
<input type="checkbox"/> ICカード		
<input type="checkbox"/> タイムカード		
<input type="checkbox"/> PCのログ情報や電子カルテのログ情報を用いた労働時間管理		
<input type="checkbox"/> 出席簿又は管理簿等の用紙による記録(上司等による客観的な確認あり)		
<input type="checkbox"/> その他 (具体的に:)		
(イ) 勤務時間以外についての勤務状況(*2)の把握内容(該当する事項に○すること) 複数回答可		
<input type="checkbox"/> 年次有給休暇取得率		
<input type="checkbox"/> 時短勤務実施者(*3)数		
<input type="checkbox"/> 育児休業・介護休業の取得率		
<input type="checkbox"/> その他 (具体的に:)		
*2 前年度の実績を記載。 *3 所定労働時間をあらかじめ減じた勤務体制としている者		
(ウ) 超過勤務時間(時間/月)(*4)		
平均: 時間/月	80時間/月以上の者の人数: 名	
最大: 時間/月	155時間/月以上の者の人数: 名	
最小: 時間/月		
*4 常勤医における値を記載。 *4 超過勤務時間: 法定休日以外の日において1日につき8時間を超えて労働した時間並びに1週について40時間を超えて労働した時間数及び法定休日(週に1日、又は、4週につき4日付与する義務あり)において労働した時間の総和		
(エ) 宿日直(回/月)		
平均: 回/月		
最大: 回/月		
最小: 回/月		
連日宿日直を実施した者の人数及び回数: 名・のべ 回		
(オ) その他(自由記載・補足等)		

(2) 勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制

ア 特定労務対象医療機関の指定(該当する事項に全て○すること)
<input type="checkbox"/> 特定地域医療提供機関【B水準】
<input type="checkbox"/> 連携特定地域医療提供機関【連携B水準】
<input type="checkbox"/> 技能向上研修機関【C-1水準】
<input type="checkbox"/> 特定高度技能研修機関【C-2水準】
<input type="checkbox"/> 指定を受けていない【A水準】
イ 勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する責任者
氏名: _____
職種: _____
ウ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議
開催頻度: 回/年
参加人数(平均): 人/回
参加職種: (_____)
エ 医師労働時間短縮計画
計画策定について
初回の策定年月日: 年 月 日
直近の更新年月日: 年 月 日
G-MISへの登録: <input type="checkbox"/> ※特定労務管理対象機関は登録が交付要件
職員に対する計画の周知: (_____)
オ 勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開
医療機関内に掲示する等の方法で公開
(具体的な公開方法 _____)

(様式第3号)

経費所要額調書

医療機関名	補助対象経費支出予定額 (A)	最大使用病床数 (B)	標準単価 (C)	補助基準額 (B) × (C) (D)	選定額 (A)と(D)を比較して 少ない額 (E)	補助率 (F)	県補助金 所要額 (E) × (F) (G)	備考
	円	円	床	円	円		円	
			133,000	0	0	3/4	0	

記入要領

- 1 黄色塗りつぶし部分に必要な事項を記入すること。
- 2 「選定額」(E)欄には、「補助対象経費支出予定額」(A)欄と「補助基準額」(D)欄のいずれか少ない方の額を記入すること。
- 3 「県補助金所要額」(G)欄の算出に当たり、1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てた額を記入すること。

(様式第4号)

経費所要額明細書

医療機関名: _____

区 分	支 出 内 容	経 費 区 分	支 出 予 定 額	積 算 内 訳
資産の形成に つながるもの			円	
	小計		円	
その他経費			円	
	小計		円	
合計			円	

(注)

- 1 委託料を含む場合は、具体的な委託の仕様及び委託金額の算出基礎となる資料を添付すること。
- 2 資産形成につながるものについては、見積書やカタログ等、金額の算出基礎となる資料を添付すること。
- 2 積算内訳欄には、単価、数量、人数等詳細を記載すること。
- 3 他の補助事業と重複する経費を計上しないこと。

(様式第5号)

収支予算（見込）書抄本

収入の部

科 目	金 額	内 訳

支出の部

科 目	金 額	内 訳

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

住所
法人名
代表者氏名

(様式第7号)

令和 年 月 日

石川県知事 馳 浩 様

(〒)

所在地
名称
代表者職氏名

令和6年度石川県地域医療勤務環境改善体制整備特別事業費補助金
変更承認申請書

令和 年 月 日付け 医第 号により補助金交付決定の通知があった
標記事業を下記のとおり変更したいので、承認されたく、申請します。

記

1 変更の理由

[Redacted area for reason of change]

※詳細に記載し、参考となる資料等がある場合は添付すること。

2 変更の内容

[Redacted area for change content]

※詳細に記載し、参考となる資料等がある場合は添付すること。

3 添付書類

[Redacted area for attached documents]

※申請時に提出した書類のうち、変更があったものを添付すること。

※電子メールでの提出など、申請書の押印を省略する場合は、下記の欄に記載すること。

発 行 責 任 者	所属・役職	[Redacted]
	氏名	[Redacted]
	電話番号	[Redacted]

担 当 者	所属・役職	[Redacted]
	氏名	[Redacted]
	電話番号	[Redacted]

(様式第8号)

令和 年 月 日

石川県知事 馳 浩 様

(〒 [redacted])

所在地
名称
代表者職氏名

[redacted]

令和6年度石川県地域医療勤務環境改善体制整備特別事業費補助金
中止（廃止）承認申請書

令和 [redacted] 年 [redacted] 月 [redacted] 日付け 医第 [redacted] 号により補助金交付決定の通知があった
標記事業を下記のとおり中止（廃止）したいので、承認されたく、申請します。

記

1 中止（廃止）の理由

[redacted]

※詳細に記載し、参考となる資料等がある場合は添付すること。

2 中止（廃止）日（予定）

[redacted]

※電子メールでの提出など、申請書の押印を省略する場合は、下記の欄に記載すること。

発 行 責 任 者	所属・役職	[redacted]
	氏名	[redacted]
	電話番号	[redacted]

担 当 者	所属・役職	[redacted]
	氏名	[redacted]
	電話番号	[redacted]

(様式第9号)

令和 年 月 日

石川県知事 馳 浩 様

(〒)

所在地

名称

代表者職氏名

令和6年度石川県地域医療勤務環境改善体制整備特別事業費補助金
交付申請取下届出書

令和 年 月 日付け 医第 号により補助金交付決定の通知があった
標記事業費補助金事業について、下記の理由により交付申請を取り下げます。

記

1 交付申請を取り下げる理由

※電子メールでの提出など、申請書の押印を省略する場合は、下記の欄を記載すること。

発 行 責 任 者	所属・役職	
	氏名	
	電話番号	

担 当 者	所属・役職	
	氏名	
	電話番号	

(様式第10号)

令和 年 月 日

石川県知事 馳 浩 様

(〒)

所在地

名称

代表者職氏名

令和6年度石川県地域医療勤務環境改善体制整備特別事業費補助金
事業計画遅延等報告書

令和 年 月 日付け 医第 号により補助金交付決定の通知があった
標記事業が予定の期間内に完了しない見込みであるため、下記のとおり報告します。

記

1 補助事業の進捗状況

[Redacted]

2 遅延の理由及び原因

[Redacted]

3 当初予定完了日

[Redacted]

4 変更後完了日 (予定)

[Redacted]

※電子メールでの提出など、申請書の押印を省略する場合は、下記の欄を記載すること。

発 行 責 任 者	所属・役職	[Redacted]
	氏名	[Redacted]
	電話番号	[Redacted]

担 当 者	所属・役職	[Redacted]
	氏名	[Redacted]
	電話番号	[Redacted]

(様式第 1 1 号)

令和 年 月 日

石川県知事 馳 浩 様

(〒)

所在地
名称
代表者職氏名

令和6年度石川県地域医療勤務環境改善体制整備特別事業費補助金
実績報告書

令和 年 月 日付け 医第 号により補助金交付決定の通知があった
標記事業について、下記のとおり報告します。

記

- 1 交付決定額 金 円
- 2 精算額 金 円
- 3 添付書類
 - (1) 事業成果等概要書 (様式第 1 2 - 1 号)
 - (2) 勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制 (事業完了時) (様式第 1 2 - 2 号)
 - (3) 精算額内訳書 (様式第 1 3 号)
 - (4) 精算額明細書 (様式第 1 4 号)
 - (5) 収支決算 (見込) 書抄本 (様式第 1 5 号)
 - (6) 事業が完了したことがわかる書類
(契約書または発注書、(工事) 完成届、納品書等)
 - (7) その他、参考となる書類

※電子メールでの提出など、申請書の押印を省略する場合は、下記の欄を記載すること。

発 行 責 任 者	所属・役職		担 当 者	所属・役職	
	氏名			氏名	
	電話番号			電話番号	

(様式第12-1号)

事業成果等概要書

事業概要	【事業の趣旨、目的】
	【実施責任者】
	【事業目標】
事業成果等	【主な事業成果、課題等】 事業期間 年 月 日から 年 月 日まで
	【今後の取組予定】

※ 事業概要には、申請時に提出した事業概要書に記載した内容を記入すること。
また、事業成果等には、事業で得られた成果や把握した課題、今後の取組予定等について記入すること。

勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制(事業完了時)

※実績報告時の状況(直近の状況)について記載

(□には、適合する場合「✓」を記入すること)

(1) 勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握

ア 医療機関に勤務する医師数 (令和 年 月末日時点)	常勤: 名 宿日直(*1)を担当する医師数: 名 (うち非常勤 名)	非常勤: 名
*1 宿日直については、平日の平均的な1日における体制を記載すること		
イ 勤務医の勤務状況の把握等(令和 年 月末日時点)		
(ア) 勤務時間の具体的な把握方法(該当する事項に○すること) 複数回答可		
<input type="checkbox"/> ICカード		
<input type="checkbox"/> タイムカード		
<input type="checkbox"/> PCのログ情報や電子カルテのログ情報を用いた労働時間管理		
<input type="checkbox"/> 出席簿又は管理簿等の用紙による記録(上司等による客観的な確認あり)		
<input type="checkbox"/> その他 (具体的に:)		
(イ) 勤務時間以外についての勤務状況(*2)の把握内容(該当する事項に○すること) 複数回答可		
<input type="checkbox"/> 年次有給休暇取得率		
<input type="checkbox"/> 時短勤務実施者(*3)数		
<input type="checkbox"/> 育児休業・介護休業の取得率		
<input type="checkbox"/> その他 (具体的に:)		
*2 前年度の実績を記載。 *3 所定労働時間をあらかじめ減じた勤務体制としている者		
(ウ) 超過勤務時間(時間/月)(*4)		
平均: 時間/月	80時間/月以上の者の人数: 名	
最大: 時間/月	155時間/月以上の者の人数: 名	
最小: 時間/月		
*4 常勤医における値を記載。 *4 超過勤務時間: 法定休日以外の日において1日につき8時間を超えて労働した時間並びに1週について40時間を超えて労働した時間数及び法定休日(週に1日、又は、4週につき4日付与する義務あり)において労働した時間の総和		
(エ) 宿日直(回/月)		
平均: 回/月		
最大: 回/月		
最小: 回/月		
連日宿日直を実施した者の人数及び回数: 名・のべ 回		
(オ) その他(自由記載・補足等)		

(2) 勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制

ア 特定労務対象医療機関の指定(該当する事項に全て○すること)
<input type="checkbox"/> 特定地域医療提供機関【B水準】
<input type="checkbox"/> 連携特定地域医療提供機関【連携B水準】
<input type="checkbox"/> 技能向上研修機関【C-1水準】
<input type="checkbox"/> 特定高度技能研修機関【C-2水準】
<input type="checkbox"/> 指定を受けていない【A水準】
イ 勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する責任者
氏名: _____
職種: _____
ウ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議
開催頻度: 回/年
参加人数(平均): 人/回
参加職種: (_____)
エ 医師労働時間短縮計画
計画策定について
初回の策定年月日: 年 月 日
直近の更新年月日: 年 月 日
G-MISへの登録: <input type="checkbox"/> ※特定労務管理対象機関は登録が交付要件
職員に対する計画の周知: (_____)
オ 勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開
医療機関内に掲示する等の方法で公開
(具体的な公開方法 _____)

(様式第13号)

精算額内訳書

医療機関名	補助対象経費支出額 (A)	最大使用病床数 (B)	標準単価 (C)	補助基準額 (B) × (C) (D)	選定額 (A)と(D)を比較して 少ない額 (E)	補助率 (F)	県補助金 所要額 (E) × (F) (G)	備考
	円	床	円	円	円		円	
			133,000	0	0	3/4	0	

記入要領

- 1 黄色塗りつぶし部分に必要な事項を記入すること。
- 2 「選定額」(E)欄には、「補助対象経費支出予定額」(A)欄と「補助基準額」(D)欄のいずれか少ない方の額を記入すること。
- 3 「県補助金所要額」(G)欄の算出に当たり、1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てた額を記入すること。

精算額明細書

医療機関名: _____

区 分	支 出 内 容	経 費 区 分	支 出 額	積 算 内 訳
資産の形成に つながるもの			円	
	小計		円	
その他経費			円	
	小計		円	
合計			円	

(注)

- 1 委託料を含む場合は、具体的な委託の仕様及び委託金額の算出基礎となる資料を添付すること。
- 2 資産の形成につながるものについては、契約書や(工事)完了届等、金額の算出基礎となる資料及び事業着手日がわかる資料を添付すること。
- 2 積算内訳欄には、単価、数量、人数等詳細を記載すること。
- 3 他の補助事業と重複する経費を計上しないこと。

(様式第15号)

収支決算（見込）書抄本

収入の部

科 目	金 額	内 訳

支出の部

科 目	金 額	内 訳

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

住所
法人名
代表者氏名

(様式第16号)

令和 年 月 日

石川県知事 馳 浩 様

(〒)

所在地
名称
代表者職氏名

令和6年度石川県地域医療勤務環境改善体制整備特別事業費補助金
補助金交付請求書

令和 年 月 日付け 医第 号により額の確定の通知があった標記
事業について、下記のとおり補助金の交付を請求します。

記

1 請求額	0 円
(内訳) 交付決定額	円
交付確定額	円
(交付済額	円)
今回請求額	0 円
残 額	0 円

2 振込先 (金融機関名・支店名)
(口座種別・口座番号)
(口座名義)
(カナ)

※電子メールでの提出など、申請書の押印を省略する場合は、下記の欄を記載すること。

発 行 責 任 者	所属・役職	
	氏名	
	電話番号	

担 当 者	所属・役職	
	氏名	
	電話番号	

(様式第17号)

令和 年 月 日

石川県知事 馳 浩 様

(〒)

所在地
名称
代表者職氏名

令和6年度石川県地域医療勤務環境改善体制整備特別事業費補助金
財産処分承認申請書

令和 年度に標記の補助金の交付を受け取得した財産を処分したいので、下記のとおり報告します。

記

- | | | |
|--------------|---|---|
| 1 処分財産 | | |
| 2 取得金額 | 金 | 円 |
| 3 補助相当額 | 金 | 円 |
| 4 評価額 | 金 | 円 |
| 5 種類 | | |
| 6 構造または用途 | | |
| 7 細目 | | |
| 8 処分制限期間 | 年 | |
| 9 経過年数 | 年 | |
| 10 処分の内容 | | |
| 11 処分子定年月日 | 令和 年 月 日 | |
| 12 経緯及び処分の理由 | | |
| 13 添付資料 | <ul style="list-style-type: none">・ 処分財産の図面及び写真・ 交付決定通知書及び確定通知書の写し
〔 保管されていない場合は交付額を確認できる 〕
〔 決算書等でも可 〕・ その他参考となる資料 | |

※電子メールでの提出など、申請書の押印を省略する場合は、下記の欄を記載すること。

発 行 責 任 者	所属・役職	
	氏名	
	電話番号	

担 当 者	所属・役職	
	氏名	
	電話番号	