

令和7年度石川県勤務環境改善医師派遣等推進事業費補助金

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. 10. 17までに交付申請する	様式1号 交付申請書
	様式2ー1号 事業計画書
	様式2ー2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3ー1号 経費所要額調書（A: 受入医療機関）
	様式3ー1号 経費所要額調書（B: 派遣元医療機関）
	様式3ー2号 派遣医師一覧（計画）
	様式3ー3号 経費所要額明細書 ※受入医療機関のみ
	様式4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5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6号 変更承認申請書
事業を中止または廃止する	様式7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8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9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8年3月31日まで	様式10号 実績報告書
	様式11ー1号 事業成果等概要書
	様式11ー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12ー1号 精算額内訳書（A: 受入医療機関）
	様式12ー1号 精算額内訳書（B: 派遣元医療機関）
	様式12ー2号 派遣医師一覧（実績）
	様式12ー3号 精算額明細書 ※受入医療機関のみ
	様式13号 収支決算（見込）書抄本
	その他、事業が完了したことがわかる書類
	（契約書または発注書、納品書、勤怠記録等）
補助金額の確定通知書が届いた	様式14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15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7年度石川県勤務環境改善医師派遣等推進事業費補助金
交付申請書

標記について、石川県勤務環境改善医師派遣等推進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) 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 2－2 号）
- (3) 経費所要額調書（様式第 3－1 号）
- (4) 派遣医師一覧（計画）（様式第 3－2 号）
- (5) 経費所要額明細書（様式第 3－3 号）※受入医療機関のみ
- (6) 収支予算（見込）書抄本（様式第 4 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		担 当 者	所属・役職	
	氏 名			氏名	
	電話番号			電話番号	

(様式 2-1 号)

勤務環境改善医師派遣等推進事業計画書

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. 医師派遣事業について

(1) 対象医療機関の区分について（選択肢の中から該当するものに○を選択すること）

[illegible]

2. 取組内容に要する経費について

(単位：千円)

補助対象 経費	派遣受入医療機関名 (法人名含む)	常勤		非常勤		補助対象額
		派遣人数	派遣月数	派遣人数	派遣月数	
						合計

(様式第2-2号)

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 (申請年度4月1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 年度3月31日時点)※前年度実績		
(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 style="width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;" type="checkbox"/> ICカード <input style="width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;" type="checkbox"/> タイムカード <input style="width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;" 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 style="width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;" 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 style="width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;" 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 style="width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;" type="checkbox"/> 年次有給休暇取得率 <input style="width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;" type="checkbox"/> 時短勤務実施者(*3)数 <input style="width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;" type="checkbox"/> 育児休業・介護休業の取得率 <input style="width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;" 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 最大: 時間/月 最小: 時間/月 80時間/月以上の者の人数: 名 155時間/月以上の者の人数: 名 *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) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px; border: 1px solid black; height: 30px;"></td> <td>特定地域医療提供機関【B水準】</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 30px;"></td> <td>連携特定地域医療提供機関【連携B水準】</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 30px;"></td> <td>技能向上研修機関【C-1水準】</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 30px;"></td> <td>特定高度技能研修機関【C-2水準】</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 30px;"></td> <td>指定を受けていない【A水準】</td> </tr> </table>		特定地域医療提供機関【B水準】		連携特定地域医療提供機関【連携B水準】		技能向上研修機関【C-1水準】		特定高度技能研修機関【C-2水準】		指定を受けていない【A水準】
	特定地域医療提供機関【B水準】										
	連携特定地域医療提供機関【連携B水準】										
	技能向上研修機関【C-1水準】										
	特定高度技能研修機関【C-2水準】										
	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 : ※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: _____)										

経 費 所 要 額 調 書

医療機関名	補助対象経費支出予定額 (A) 円	受入医師数 (B) 人	標準単価 (C) 円	補助基準額 (B) × (C) (D) 円	選定額 (A) と (D) を比較して 少ない額 (E) 円	補助率 (F)	県補助金 所 要 額 (E) × (F) (G) 円	備 考
	0	0	150,000	0	0	3/4	0	

記入要領
1 黄色塗りつぶし部分に必要事項を記入すること。
2 「補助基準額」(D)欄は、受入医師2人を上限として算出すること。
3 「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。
4 「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 3－2－B 号)

(派遣元医療機関用)

経 費 所 要 額 調 書

医療機関名	派遣月数合計 (A) ヶ月	標準単価 (B) 円	補助基準額 (A) × (B) (C) 円	補助率 (D)	県補助金 所 要 額 (C) × (D) (E) 円	備 考
	0	1, 250, 000	0	3/4	0	

記入要領

1

黄色塗りつぶし部分に必要事項を記入すること。

2

「補助基準額」(C)欄は、50ヶ月を上限として算出すること。

3

「県補助金所要額」(E)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。

派遣医師一覧（計画）

↓確認の上チェックしてください。

	事前に医師派遣の相手方の医療機関の確認を得ている。
--	---------------------------

注 行が不足する場合は適宜、行を追加してください。

医療機関名 （派遣先）	派遣 医師数	派遣医師名 （※ 1）	派遣期間 （※ 2）			派遣 月数	派遣元医療機関における 派遣開始月から終了月ま での間の総診療日数 （※ 3）	実派遣 総勤務日数	実派遣月数	診療科	備考 （※ 4）
（例）〇〇〇病院	2	〇〇 △△	令和7年7月1日	～	令和7年9月30日	2ヶ月	40日	10日	0.5ヶ月	小児科	月 1 回（第 1 月曜）、週 1 回（木曜）
		◇◇ ◎◎	令和7年8月1日	～	令和7年9月30日	12ヶ月	240日	52日	2.6ヶ月	脳神経外科	週 1 回（金曜）
				～							
				～							
				～							
				～							
				～							
				～							
				～							
				～							
				～							

合計人数	0	←様式 3－1－A（B）欄「受入医師数」に記入	0.0ヶ月
※受入医療機関の場合			合計月数
			0ヶ月
			←様式 3－1－B（A）欄「派遣月数合計」に記入
			※派遣元医療機関の場合

- ※ 1 交付申請年度に新たに開始する医師派遣に限る。
新たに派遣される医師でも、前年度派遣医師と交代で派遣される場合は対象外とする。
（例）R5はA先生だったが、R6はB先生とC先生が半分ずつ引き継ぐことになった場合、B先生、C先生はともに対象外とする。
R5にA先生だったが、R6はB先生が引継ぎ、加えてC先生が派遣された場合、C先生のみ対象とする。
- ※ 2 基本的に 1 ヶ月単位での派遣を想定しているため、半月単位での派遣などの場合は備考欄に記載するものとする。
- ※ 3 派遣元医療機関が標榜する日数
- ※ 4 受入医療機関の場合は、対象医師の派遣元医療機関名を記載するものとする。

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 資産の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 4 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6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7年度石川県勤務環境改善医師派遣等推進事業費補助金
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

※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

※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

※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		担 当 者	所属・役職	
	氏 名			氏名	
	電話番号			電話番号	

(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7年度石川県勤務環境改善医師派遣等推進事業費補助金
中止（廃止）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

※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）

※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	
	氏 名	
	電話番号	

担 当 者	所属・役職	
	氏名	
	電話番号	

(様式第8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7年度石川県勤務環境改善医師派遣等推進事業費補助金
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	

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7年度石川県勤務環境改善医師派遣等推進事業費補助金
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
- 2 遅延の理由及び原因
- 3 当初予定完了日
- 4 変更後完了日（予定）

※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 1 0 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7年度石川県勤務環境改善医師派遣等推進事業費補助金
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) 事業成果概要書（様式第 1 1－1 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 1－2 号）
 - (3) 精算額内訳書（様式第 1 2－1 号）
 - (4) 派遣医師一覧（実績）（様式第 1 2－2 号）
 - (5) 精算額明細書（様式第 1 2－3 号）※受入医療機関のみ
 - (6) 収支決算（見込）書抄本（様式第 1 3 号）
 - (7) 事業が完了したことがわかる書類
（契約書または発注書、納品書、勤怠記録等）
 - (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		担 当 者	所属・役職	
	氏 名			氏名	
	電話番号			電話番号	

(様式第11-1号)

勤務環境改善醫師派遣等推進事業成果概要書

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. 医師派遣事業について

(1) 対象医療機関の区分について（選択肢の中から該当するものに○を選択すること）

[illegible]

2. 取組内容に要する経費について

(単位：千円)

補助対象 経費	派遣受入医療機関名 (法人名含む)	常勤		非常勤		補助対象額
		派遣人数	派遣月数	派遣人数	派遣月数	
					合計	

(様式第11-2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)

※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 (申請年度3月31日時点)	常勤: 名	非常勤: 名
	宿日直(※1)を担当する医師数: 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 年度3月31日時点)※申請度実績

(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

☐	ICカード
☐	タイムカード
☐	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
☐	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)
☐	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

☐	年次有給休暇取得率
☐	時短勤務実施者(※3)数
☐	育児休業・介護休業の取得率
☐	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)

☐	特定地域医療提供機関【B水準】
☐	連携特定地域医療提供機関【連携B水準】
☐	技能向上研修機関【C-1水準】
☐	特定高度技能研修機関【C-2水準】
☐	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: ※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:)

精 算 額 内 訳 書

医療機関名	補助対象経費支出額 (A) 円	受入医師数 (B) 人	標準単価 (C) 円	補助基準額 (B) × (C) (D) 円	選定額 (A) と (D) を比較して 少ない額 (E) 円	補助率 (F)	県補助金 所 要 額 (E) × (F) (G) 円	備 考
	0	0	150, 000	0	0	3/4	0	

記入要領

1

黄色塗りつぶし部分に必要事項を記入すること。

2

「補助基準額」(D)欄は、受入医師2人を上限として算出すること。

3

「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。

4

「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 内 訳 書

医療機関名	派遣月数 合計 (A) ヶ月	標準単価 (B) 円	補助基準額 (A) × (B) (C) 円	補助率 (D)	県補助金 所 要 額 (C) × (D) (E) 円	備 考
	0	1, 250, 000	0	3/4	0	

記入要領

1

黄色塗りつぶし部分に必要事項を記入すること。

2

「補助基準額」(C)欄は、50ヶ月を上限として算出すること。

3

「県補助金所要額」(E)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。

派遣医師一覧（実績）

↓確認の上チェックしてください。

	事前に医師派遣の相手方の医療機関の確認を得ている。
--	---------------------------

注 行が不足する場合は適宜、行を追加してください。

医療機関名 （派遣先）	派遣 医師数	派遣医師名 （※ 1）	派遣期間 （※ 2）			派遣 月数	派遣元医療機関における 派遣開始月から終了月ま での間の総診療日数 （※ 3）	実派遣 総勤務日数	実派遣月数	診療科	備考 （※ 4）
（例）〇〇〇病院	2	〇〇 △△	令和7年7月1日	～	令和7年9月30日	2ヶ月	40日	10日	0.50ヶ月	小児科	月 1 回（第 1 月曜）、週 1 回（木曜）
		◇◇ ◎◎	令和7年8月1日	～	令和7年9月30日	12ヶ月	240日	52日	2.60ヶ月	脳神経外科	週 1 回（金曜）
									0		
				～					0		
				～					0		
				～					0		
				～					0		
				～					0		
				～					0		
				～					0		
				～					0		
				～					0		

合計人数	0	←様式 1 2－1－A（B）欄「受入医師数」に記入	0.0ヶ月
※受入医療機関の場合			合計月数
			0ヶ月
			←様式 1 2－1－B（A）欄「派遣月数合計」に記入
			※派遣元医療機関の場合

- ※ 1 交付申請年度に新たに開始する医師派遣に限る。
新たに派遣される医師でも、前年度派遣医師と交代で派遣される場合は対象外とする。
（例）R5はA先生だったが、R6はB先生とC先生が半分ずつ引き継ぐことになった場合、B先生、C先生はともに対象外とする。
R5にA先生だったが、R6はB先生が引継ぎ、加えてC先生が派遣された場合、C先生のみ対象とする。
- ※ 2 基本的に 1 ヶ月単位での派遣を想定しているため、半月単位での派遣などの場合は備考欄に記載するものとする。
- ※ 3 派遣元医療機関が標榜する日数
- ※ 4 受入医療機関の場合は、対象医師の派遣元医療機関名を記載するものとする。

精 算 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

資産の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 1 3 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 1 4 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7年度石川県勤務環境改善医師派遣等推進事業費補助金
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		担 当 者	所属・役職	
	氏 名			氏名	
	電話番号			電話番号	

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7年度石川県勤務環境改善医師派遣等推進事業費補助金
取得財産処分承認申請書

令和 7 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

3 補助相当額

4 評価額

5 種類

6 構造または用途

7 細目

8 処分制限期間

9 経過年数

10 処分の内容

11 処分予定年月日

12 経緯及び処分の理由
- 金

金

金

円

円

円

円

年

年

令和 年 月 日
- 13 添付資料

・ 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		担 当 者	所属・役職	
	氏 名			氏名	
	電話番号			電話番号	