

(規則の別記様式第1)

番 号
年 月 日

栃木県知事 様

申請者 住 所
氏名又は名称及び
代表者職氏名

年度医療勤務環境改善支援事業費補助金交付申請書

年度において、医療勤務環境改善支援事業について、医療勤務環境改善支援事業費補助金 金 円を交付されるよう、栃木県補助金等交付規則第4条の規定により、次の関係書類を添えて申請します。

関係書類

- 1 事業計画書（別紙1-1、1-2、1-3）
- 2 経費所要額調書（別紙2-1）
- 3 経費所要額内訳書（別紙2-2）
- 4 その他参考となる資料

(別紙1-1)

事業計画書

(医療機関名：)

区 分	事 業 内 容
(1) 働き方の改善に関する事業	
(2) 医療従事者の健康の支援に関する事業	
(3) 働きやすさの確保のための環境の整備に関する事業	
(4) 働きがいの向上に関する事業	
(5) その他必要な事業	

※ 該当する項目に記入すること。

※ 医療機関で作成した「改善計画」を添付すること。

※ 事業内容により、施設整備が生じる場合は、(別紙1-2)を添付すること。

※ 事業内容により、設備整備が生じる場合は、(別紙1-3)を添付すること。

事業計画書

(施設整備事業)

(医療機関名)

事業区分	医療勤務環境改善支援事業				面積	単価	金額
1 施設の規模及び構造等					m ²	円	円
敷地の状況	敷地面積	m ²	(自己所有地・借地・買入地の別)				
事業の種類	新築、増築、改築、改修、その他()						
建物の構造及び面積	造	建築面積	m ²				
	階建	延べ面積	m ²				
2 施工状況							
工事の施工方法	(直営・請負の別)						
整備事業期間	全体事業						
	着工：	年	月	～ 竣工：	年	月	
	補助対象部門に係る当該年度予定事業						
	着工：	年	月	～ 竣工：	年	月	
3 整備費内訳							
区分	費目	面積	単価	金額			
補助対象事業分					円		
					円		
					円		
					円		
					円		
小計							
4 財源内訳							
区分					金額		備考
(1)	国庫補助金						円(内訳)
(2)	県補助金						
(3)	寄付金						
(4)	その他						
	計						
5	その他参考事項						

※ 見積書、工程表、平面図等を添付すること。

事業計画書

(設備整備事業)

(医療機関名)

事業区分		医療勤務環境改善支援事業						
1 設備整備の内容								
品名	銘柄	規格	数量	単価	金額	設置場所	備考	
補助対象事業分				円	円			
小計	-	-	-	-	-	-	-	
補助対象外事業分				円	円			
小計	-	-	-	-	-	-	-	
合計	-	-	-	-	-	-	-	

※ 見積書、平面図等を添付すること。

経費所要額調書

(医療機関名)

区分	総事業費 A 円	寄付金その他の 収入額 B 円	差引額 (A-B) C 円	対象経費の 支出予定額 D 円	基準額 E 円	選定額 DとEのいずれか 少ない方 F 円	補助基本額 CとFのいずれか 少ない方 G 円	補助所要額 H 円
医療勤務環境改善支 援事業	0	0	0	0		0		
(内訳)								
施設整備事業			0					
設備整備事業			0					

※「補助所要額」欄は、「補助基本額」欄の金額に所定の補助率を乗じた金額を記入すること。ただし、その額に千円未満の端数がある場合には、当該端数を切り捨てること。

(別紙 2 - 2)

経費所要額内訳書

(医療機関名：)

区 分	支出予定額	算 出 内 訳
① 工事費又は工事請負費	円	
② 備品購入費		
合 計		

(規則の別記様式第2)

番 号
年 月 日

栃木県知事 様

申請者 住 所
氏名又は名称及び
代表者職氏名

年度医療勤務環境改善支援事業費補助金状況（又は実績）報告書

年 月 日栃木県指令医政第 号で医療勤務環境改善支援事業費補助金の交付決定の通知があった医療勤務環境改善支援事業費補助金について、栃木県補助金等交付規則第11条（又は第13条）の規定により、その状況（又は実績）を関係書類を添えて報告します。

関係書類

- 1 事業実績報告書（別紙3-1、3-2、3-3）
- 2 経費所要額精算書（別紙4-1）
- 3 経費所要額精算内訳書（別紙4-2）
- 4 その他参考となる資料

(別紙 3 - 1)

事業実績報告書

(医療機関名：)

区 分	事 業 内 容
(1) 働き方の改善に関する事業	
(2) 医療従事者の健康の支援に関する事業	
(3) 働きやすさの確保のための環境の整備に関する事業	
(4) 働きがいの向上に関する事業	
(5) その他必要な事業	

※ 該当する項目に記入すること。

※ 施設整備を実施した場合は、(別紙 3 - 2)を添付すること。

※ 設備整備を実施した場合は、(別紙 3 - 3)を添付すること。

事業実績報告書

(施設整備事業)

(医療機関名)

事業区分	医療勤務環境改善支援事業				面積	単価	金額
1 施設の規模及び構造等					m ²	円	円
敷地の状況	敷地面積	m ²	(自己所有地・借地・買入地の別)				
事業の種類	新築、増築、改築、改修、その他()						
建物の構造及び面積	造	建築面積	m ²				
	階建	延べ面積	m ²				
2 施工状況							
工事の施工方法	(直営・請負の別)						
整備事業期間	全体事業						
	着工	年	月	～ 竣工	年	月	
	補助対象部門に係る当該年度予定事業						
3 整備費内訳	着工	年	月	～ 竣工	年	月	
	費目	面積	単価	金額			
	補助対象事業分	m ²	円	円			
小計							
区分	4 財源内訳				金額	備考	
	小計						
	合計						
	区分				金額	備考	
	(1) 国庫補助金						
	(2) 県補助金						
	(3) 寄付金						
	(4) その他						
	計						
	5 その他参考事項						

※見積書、工程表、平面図等を添付すること。

事業実績報告書

(設備整備事業)

(医療機関名)

事業区分		医療勤務環境改善支援事業						
1 設備整備の内容								
品名	銘柄	規格	数量	単価	金額	設置場所	備考	
補助対象事業分				円	円			
小計	-	-	-	-		-	-	
補助対象外事業分				円	円			
小計	-	-	-	-		-	-	
合計	-	-	-	-		-	-	

※ 見積書、平面図等を添付すること。

経費所要額精算書

(医療機関名)

区分	総事業費 A 円	寄付金その他の 収入額 B 円	差引額 (A-B) C 円	対象経費の 支出済額 D 円	基準額 E 円	選定額 DとEのいずれか 少ない方 F 円	補助基本額 CとFのいずれか 少ない方 G 円	補助所要額 H 円
医療勤務環境改善支 援事業	0	0	0	0		0		
(内訳)								
施設整備事業			0					
設備整備事業			0					

※「補助所要額」欄は、「補助基本額」欄の金額に所定の補助率を乗じた金額を記入すること。ただし、その額に千円未満の端数がある場合には、当該端数を切り捨てること。

(別紙4-2)

経費所要額精算内訳書

(医療機関名：)

区 分	支出済額	算 出 内 訳
① 工事費又は工事請負費	円	
② 備品購入費		
合 計		

(規則の別記様式第4)

年度医療勤務環境改善支援事業費補助金交付請求書

金 円

年 月 日栃木県指令医政第 号で額の確定の通知があった医療
勤務環境改善支援事業費補助金を上記のとおり交付されるよう栃木県補助金等交付規則
第18条の規定により請求します。

年 月 日

栃木県知事 様

請求者 所在地
氏名又は名称及び
代表者職氏名

印

【振込先】

金融機関名	_____銀行_____	本・支店/出張所
口座種別	普通・当座	
口座番号	_____	
フリガナ		
口座名義人	_____	

年度医療勤務環境改善支援事業費補助金調書

補助事業者名

歳出 予算科目	県		市		町			村	
	交付決定額	補助率	歳入		科目	予算現額	収入済額	歳出	
			科目	予算現額				うち県費補助金相当額	支出済額
4 衛生費	円		円			円	円	円	円
4 医薬費									
2 医務費									

(注1) この調書は、補助事業者が市町村である場合に限り作成すること。

(注2) 予算現額は、歳入にあつては当初予算額、補正予算額等の区分を、歳出にあつては、当初予算額、補正予算額、予備費支出額、流用増減額等の区分を明らかにして記載すること。

番 号
年 月 日

栃木県知事 様

申請者 住 所
氏名又は名称及び
代表者職氏名

年度消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

年 月 日栃木県指令医政第 号で交付決定の通知があった医療勤務環境改善支援事業費補助金について、下記のとおり報告する。

記

1 事業区分及び施設の名称

2 補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律（昭和30年法律第179号）第15条の規定による確定額又は事業実績報告による精算額

金 _____ 円

3 消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額（要返納相当額）

金 _____ 円

4 添付書類

3の消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額の積算内訳等

番 号
年 月 日

栃木県知事 様

申請者 住 所
氏名又は名称及び
代表者職氏名

年度医療勤務環境改善支援事業費補助金の変更承認申請書

上記について、次のとおり補助事業を変更したいので、関係書類を添えて申請します。

関係書類

- 1 変更の内容及び理由を記載した書類