記載にあたっての

注意点、記入例

別記様式第１

番　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　栃木県知事　福田　富一　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所　　　　　○○市△△

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名又は名称　　医療法人　○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　及び代表者氏名　理事長　○○　○○

令和７（2025）年度緊急分娩体制整備事業費補助金交付申請書

　令和７（2025）年度において、緊急分娩体制整備事業費補助金○○○,○○○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又は別紙１－２）

　２　当該事業に係る収支予算書（別紙１－３）

　３　その他参考となる書類（分娩手当が明記された雇用契約等の写）

必ず添付してください。

別　紙１－１

一分娩当たりの入院から退院までにかかる

分娩費用を記載してください。

ハイリスク分娩受入促進事業事業計画書

第３条の表の「産科医等確保支援事業」の「交付の対象施設」欄(2)の額　　　　　　円

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 月 | ハイリスク分娩数 | 手当交付予定額 | 備考（単価×人数×件数） |
| ４ | ２人以上対応　　***５*** 件 | ***20,000*** 円 | ***＠4,000×2名×5件*** |
| １人対応 件 | 円 |  |
| ５ | ２人以上対応　　　 件  ※医師への手当支給額を記載  【記入例】  ***医師への手当額が一律4,000円で、***  ***2名で対応する分娩が、5件予定されている場合*** | 円 |  |
| １人対応 件 | 円 |  |
| ６ | ２人以上対応　　　 件 | 円 |  |
| １人対応 件 | 円 |  |
| ７ | ２人以上対応　　　 件 | 円 |  |
| １人対応 件 | 円 |  |
| ８ | ２人以上対応　　　 件 | 円 |  |
| １人対応 件 | 円 |  |
| ９ | ２人以上対応　　　 件 | 円 |  |
| １人対応 件 | 円 |  |
| 10 | ２人以上対応　　　 件 | 円 |  |
| １人対応 件 | 円 |  |
| 11 | ２人以上対応　　　 件 | 円 |  |
| １人対応 件 | 円 |  |
| 12 | ２人以上対応　　　 件 | 円 |  |
| １人対応 件 | 円 |  |
| １ | ２人以上対応　　　 件 | 円 |  |
| １人対応 件 | 円 |  |
| ２ | ２人以上対応　　　 件 | 円 |  |
| １人対応 件 | 円 |  |
| ３ | ２人以上対応　　　 件 | 円 |  |
| １人対応 件 | 円 |  |
| 年間合計 | ２人以上対応　　　 件 | 円 |  |
| １人対応 件 | 円 |  |

※産科医等確保支援事業に該当する分娩がある場合は、１人対応の行の備考欄に当該事業対象件数を記載し、別紙１－２の備考欄に、ハイリスク分娩に該当しない事業とは分けて、「単価×人数×件数」を記載すること。

※下記計算式による額を記載

補助申請額（千円未満の端数切捨）　　　　　円

**（２人以上対応件数×10千円　＋１人対応件数×５千円　：支給額が各単価を下回る場合当該支給額）**

本事業において手当を交付予定の実人数　　産科・婦人科医師　　　　名

実人数を記載

別　紙１－２

一分娩当たりの入院から退院までにかかる

分娩費用を記載してください。※55万円以上は補助対象外

産科医等確保支援事業事業計画書

第３条の表の「産科医等確保支援事業」の「交付の対象施設」欄(2)の額　　　　　　円

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 月 | 分娩数 | 手当交付予定額 | 備　考（単価×件数） |
| ４ | 手当総支給額１万以上　**３**件 | **30,000** 円 | **（＠6,000×医師1名+＠2,000×助産師2名）×3件** |
| 手当総支給額１万未満　**５**件 | **40,000** 円 | **（＠6,000×医師1名+＠2,000×助産師1名）×5件** |
| ５ | 手当総支給額１万以上　　件 | 円 |  |
| 手当総支給額１万未満　　件 | 円 |  |
| ６ | 手当総支給額１万以上　　件 | 円 |  |
| 手当総支給額１万未満　　件 | 円 |  |
| ７ | 手当総支給額１万以上　　件 | 円 |  |
| 手当総支給額１万未満　　件 | 円 |  |
| ８ | 手当総支給額１万以上　　件 | 円 |  |
| 手当総支給額１万未満　　件 | 円 |  |
| ９ | 手当総支給額１万以上　　件 | 円 |  |
| 手当総支給額１万未満　　件 | 円 | ※医師等への手当支給の実績額を記載  なお、「１分娩あたりの手当総支給額」が１万円以上の場合は上段に、１万円未満の場合は下段に、分けて記載。  **【記載例】**  **上段：1分娩あたりの手当総支給額10,000円**  **（＠6,000×医師1名，＠2,000×助産師2名）が３件**  **下段：１分娩あたりの手当総支給額が8,000円**  **（＠6,000×医師1名，＠2,000×助産師1名）が５件** |
| 10 | 手当総支給額１万以上　　件 | 円 |  |
| 手当総支給額１万未満　　件 | 円 |  |
| 11 | 手当総支給額１万以上　　件 | 円 |  |
| 手当総支給額１万未満　　件 | 円 |  |
| 12 | 手当総支給額１万以上　　件 | 円 |  |
| 手当総支給額１万未満　　件 | 円 |  |
| １ | 手当総支給額１万以上　　件 | 円 |  |
| 手当総支給額１万未満　　件 | 円 |  |
| ２ | 手当総支給額１万以上　　件 | 円 |  |
| 手当総支給額１万未満　　件 | 円 |  |
| ３ | 手当総支給額１万以上　　件 | 円 |  |
| 手当総支給額１万未満　　件 | 円 |  |
| 年間合計 | 手当総支給額１万以上 A 件 | 円 |  |
| 手当総支給額１万未満　　件 | B　　円 | （ A×10千円＋B ）×１／３ |

補助申請額（千円未満の端数切捨）　　　　円

（１分娩当たり手当総支給額が１万以上の件数×１０千円＋１分娩当たり手当総支給額が１万未満の手当交付予定額の合計）×１／３

実人数を記載

本事業において手当を交付予定の実人数　　産科・婦人科医師　　　　名、助産師　　　名

別　紙１－３

令和７（2025）年度緊急分娩体制整備事業収支予算（見込）書の抄本

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 歳入（収入） | | 歳出（支出） | |
| 補助金 | 円 | 産科医等分娩手当 | 円 |
| 医業収入 | 円 |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 金額は一致する |  |  |
|  |  |  |  |
| 歳入（収入）計 | 円 | 歳出（支出）計 | 円 |

上記のとおり相違ないことを証明する。

　令和　　年　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名　医療法人　○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　理事長　○○　○○

　注）事業計画書の「手当交付予定額」の「年間合計」の額と、「歳入（収入）計」、「歳出（支出）計」は同額となる。