様式第１号（第４条第１項関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

茨城県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業主体名

代表者氏名

令和３年度茨城県医療提供施設等グループ化推進事業費補助金

事前協議書

標記補助金について、次により交付を受けたいので、下記の書類を添えて協議いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　記

１　令和３年度茨城県医療提供施設等グループ化推進事業計画(報告書)

（別添１、１－２）

２　令和３年度茨城県医療提供施設等グループ化推進事業年間取組(報告書)（別添２）

３　令和３年度茨城県医療提供施設等グループ化推進事業経費内訳書

　 （別添３）

４　その他、参考となる資料

　様式第２号（第４条第５項関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

　　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　茨城県知事

（公印省略）

令和３年度茨城県医療提供施設等グループ化推進事業費補助金の

内示について（通知）

このことについて、令和３年度茨城県医療提供施設等グループ化推進事業費補助金交付要項第４条第５項により、貴所を補助事業者として決定いたしました。

なお、補助対象事業費は下記のとおりです。

つきましては、令和　　年　　月　　日までに茨城県知事あて交付申請書を提出願います。

記

補助対象事業費　　　　　　　　　　千円

様式第３号（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

　茨城県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業主体名

代表者氏名

令和３年度茨城県医療提供施設等グループ化推進事業費補助金交付申請書

　　標記補助金について、次により交付されるよう関係書類を添えて申請いたします。

記

１　申　請　額　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　補助金所要額調書

・別紙１

・別紙１－１

３　事業計画書（別紙２）

４　歳入歳出予算書（又は見込書）抄本

５　補助金の受領方法

　　ア　直接払

　　イ　隔地払

　　ウ　口座振替払

　　　　　　振込先銀行　　　　　　　　　銀行　　　　　　支店

　　　　　　口座名義（ｶﾅ）　　　　　　　口座番号

　　　　　　預金種目

別紙１

令和３年度茨城県医療提供施設等グループ化推進事業費補助金所要額調書

（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 総事業費Ａ | 寄付金その他の収入額Ｂ | 対象経費支出予定額Ｃ(Ａ－Ｂ)※千円未満切捨 | 補助基準額Ｄ | 県補助基本額Ｅ（Ｃ、Ｄいずれか少ない方の額） | 県補助所要額Ｆ(Ｅ×補助率)※千円未満切捨 | 既交付決定額Ｇ | 交付申請額Ｈ(Ｆ－Ｇ) |
| 茨城県医療提供施設等グループ化推進事業費合計(1+2+3) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| １　在宅医療に取り組む医療機関等の連携強化を図るための取組 | （　　　） | （　　　） | （　　　） |  |
| ２　在宅医療を提供する連携体制として必要な拠点機能を担う取組 | （　　　） | （　　　） | （　　　） |
| ３　在宅医療についての普及啓発　活動等 | （　　　） | （　　　） | （　　　） |

（注）ＡからＣの欄の（）内には、茨城県医療提供施設等グループ化推進事業費の内訳として、区分１から３の取組に係る額を記載すること。

（注）Ｃの区分１から３の欄は、取組に係る額について円単位で記載し、合計の欄については千円未満切り捨てとする。

別紙１－１

令和３年度茨城県医療提供施設等グループ化推進事業費補助金所要額

内訳調書

（単位：円）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 経費配分 | 対象経費支出予定額 | 費目 | 積　算　内　訳 |
| １　在宅医療に取り組む医療機関等の連携強化を図るための取組(a) | 円 |  |  |
| ２　在宅医療を提供する連携体制として必要な拠点機能を担う取組(b) | 円　　　　 |  |  |
| ３　在宅医療についての普及啓発　活動等(c) | 円 |  |  |
| 合　　計(ａ＋ｂ＋ｃ) | 円 |  |  |

（注）「対象経費支出予定額」は、合計の欄のみ千円未満切り捨てとする。なお、合計が「別紙１対象経費支出予定額　Ｃ」と同額となること。

（注）費目については、令和３年度茨城県医療提供施設等グループ化推進事業費補助金交付要項の別紙に記載がある事項を記載すること。

（注）積算内訳については、費目毎に計を記載すること。

別紙２

令和３年度茨城県医療提供施設等グループ化推進事業計画書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業主体名

１　事業の一部委託の有無　（　有　・　無　）

　　※有の場合、委託先、委託内容を記載

委託先：

　　　委託内容：

２　事業計画の内容

（１）令和３年度茨城県医療提供施設等グループ化推進事業

計画（報告）書 （別添１、１－２）

（２）令和３年度茨城県医療提供施設等グループ化推進事業

年間取組（報告）書 （別添２）

（３）その他、参考となる資料

様式第４号（第６条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　茨城県知事

（公印省略）

令和３年度茨城県医療提供施設等グループ化推進事業費補助金

交付決定通知書

　　令和　　年　月　日付け第　　号で申請のあった、標記補助金については、茨城県補助金等交付規則第５条の規定により次のとおり交付することに決定したので、同規則第７条の規定により通知します。

記

事業に要する経費及び補助金の額

|  |  |
| --- | --- |
| 事業に要する経費 | 補助金の額 |
| 　　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　　　 円 |

様式第５号（第９条第１項関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

　茨城県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業主体名

代表者氏名

令和３年度茨城県医療提供施設等グループ化推進事業費補助金

追加（減額）交付申請書

　標記補助金について、次により交付されるよう関係書類を添えて申請いたします。

記

１　申　請　額　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　補助金所要額調書

・別紙１

・別紙１－１

３　事業計画書（別紙２）

４　歳入歳出予算書（又は見込書）抄本

様式第６号（第９条第２項関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

　　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　茨城県知事

（公印省略）

令和３年度茨城県医療提供施設等グループ化推進事業費補助金

追加（減額）交付決定通知書

　令和　　年　　月　　日付け第　　　号で申請のあった標記補助金については、茨城県補助金等交付規則第５条の規定により、次のとおり追加（減額）交付決定したので同規則第７条の規定により通知します。

記

　　１　　　　　　　　　　　　　円

　　２　　　　　　　　　　　　　円

　　３　追加(減額)交付決定額　　　　　　　　　　　 円

様式第７号（第１２条第２項関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

　茨城県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業主体名

代表者氏名

令和３年度茨城県医療提供施設等グループ化推進事業費補助金

概算払申請書

　標記補助金概算払いについて、次により交付されるよう申請いたします。

記

　１　申請額　　　　　　　　　　　　　　　　円

　２　申請理由

様式第８号（第１３条第１項関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

　茨城県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業主体名

代表者氏名

令和３年度茨城県医療提供施設等グループ化推進事業費補助金

事業実績報告書

令和　　年　　月　　日付け第　　号で交付決定を受けた、標記補助金に係る事業実績について、次の関係書類を添えて報告いたします。

記

１　補助金精算額調書

・別紙１

・別紙１－１

２　事業実績報告書（別紙２）

３　歳入歳出決算書（又は見込書）抄本

別紙１

令和３年度茨城県医療提供施設等グループ化推進事業費補助金精算額調書

（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 総事業費Ａ | 寄付金その他の収入額Ｂ | 対象経費支出済額Ｃ(Ａ－Ｂ)※千円未満切捨 | 補助基準額Ｄ | 県補助基本額 Ｅ(Ｃ、Ｄいずれか少ない方の額) | 県補助所要額Ｆ(Ｅ×補助率)※千円未満切捨 | 既交付決定額Ｇ | 県補助受入済額Ｈ | 精算額Ｉ(Ｆ－Ｈ) |
| 茨城県医療提供施設等グループ化推進事業費合計(1+2+3) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| １　在宅医療に取り組む医療機関等の連携強化を図るための取組 | (　　　) | (　　　) | (　　　) |  |
| ２　在宅医療を提供する連携体制として必要な拠点機能を担う取組 | (　　　) | (　　　) | (　　　) |
| ３　在宅医療についての普及啓発　活動等 | (　　　) | (　　　) | (　　　) |

（注）ＡからＣの欄の（）内には、茨城県医療提供施設等グループ化推進事業費の内訳として、区分１から３の取組に係る額を記載すること。

（注）Ｃの区分１から３の欄は、取組に係る額について円単位で記載し、合計の欄については千円未満切り捨てとする。

（注）Ｄの欄は、補助金交付決定通知書に記載の「事業に要する経費」を記載すること。

別紙１－１

令和３年度茨城県医療提供施設等グループ化推進事業費補助金精算額内訳調書

（単位：円）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 経 費 配 分 | 対象経費支出済額 | 費目 | 積　算　内　訳 |
| １ 在宅医療に取り組む医療機関等の連携強化を図るための取組(a) | 円 |  |  |
| ２ 在宅医療を提供する連携体制として必要な拠点機能を担う取組(b) | 円　　　 |  |  |
| ３ 在宅医療についての普及啓発活動等(c) | 円 |  |  |
| 合　　計(ａ＋ｂ＋ｃ) | 円 |  |  |

（注）「対象経費支出済額」は、合計の欄のみ千円未満切り捨てとする。なお、合計が「別紙１対象経費支出済額　Ｃ」と同額となること。

（注）費目については、令和３年度茨城県医療提供施設等グループ化推進事業費補助金交付要項の別紙に記載がある事項を記載すること。

（注）積算内訳については、費目毎に計を記載すること。

別紙２

令和３年度茨城県医療提供施設等グループ化推進事業実績報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業主体名

１　事業の一部委託の有無　（　有　・　無　）

　　※有の場合、委託先、委託内容を記載

委託先：

　　　委託内容：

２　事業報告の内容

○　令和３年度茨城県医療提供施設等グループ化推進事業

計画（報告）書（別添１、１－２）

○　令和３年度茨城県医療提供施設等グループ化推進事業

年間取組（報告）書（別添２）

（注）別添１、１－２、２の各項目について、計画時点のものを

実績時点に修正し報告すること。

○　その他、参考となる資料

様式第９号（第１４条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

　　　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　茨城県知事

（公印省略）

令和３年度茨城県医療提供施設等グループ化推進事業費補助金確定通知書

令和　　年　　月　　日付け第　　号で交付決定した、標記補助金については、令和　　年　　月　　日付け第　　号事業実績報告に基づき交付額が　　　　　円に確定したので通知します。

様式第１０号（第１５条関係）

令和　年　月　日

　茨城県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業主体名

代表者氏名

令和３年度消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

令和　　年　　月　　日付け第　　号で交付決定を受けた、標記補助金について、下記のとおり報告します。

記

１　茨城県補助金交付規則第１４条の規定に基づく額の確定額又は

事業実績報告額

金　　　　　　　　　　　　　　円

２　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

金　　　　　　　　　　　　　　円

３　添付書類

参考となる書類（上記２の金額の積算内訳等）