様式第１号

事業所の文書管理番号等がある場合は記載する。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記号番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

茨城県知事　大井川　和彦　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所代表者名

（印省略）

事業所印等は不要

地域ケア基盤整備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　事業計画書（別紙１、別添１及びその他の添付資料）

２　年間取組（報告）書（別紙２）

３　補助金所要額調書（別紙３及び別紙３－１）

　様式第２号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　健康第　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

　　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　茨城県知事　大井川　和彦

　（公印省略）

地域ケア基盤整備推進事業費補助金補助金の内示について（通知）

**県使用様式**

このことについて、補助金交付要項第３条第２項の規定により、貴所を補助事業者として採択したので、同条第２項の規定により、内示いたします。

つきましては、令和　年　月　日までに補助金交付要項第４条の規定に基づき、茨城県知事あて交付申請書を提出願います。

なお、補助対象事業費は下記のとおりです。

記

補助対象事業費　　　　　　　　　　千円

様式第３号

事業所の文書管理番号等がある場合は記載する。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記号番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

茨城県知事　大井川　和彦　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　事業所住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所代表者名

（印省略）

事業所印等は不要

地域ケア基盤整備推進事業費補助金補助金交付申請書

　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。

別紙３の交付申請額（H）を記入すること。

記

１　申　請　額　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　事業計画書（別紙１、別添１及びその他の添付資料）

３　年間取組（報告）書（別紙２）

４　補助金所要額調書（別紙３及び別紙３－１）

５　当該事業に係る収入支出決算書（又は見込書）抄本

６　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　　　　　　　　A銀行　　　　　　B支店

　　　　　　口座名義（ｶﾅ）　ｲﾊﾞﾗｷ ﾀﾛｳ　　　口座番号 00000000

　　　　　　預金種目 普通（もしくは当座など）

別紙１

地域ケア基盤整備推進事業計画書

（１）事業所種別（該当する方いずれかに〇をする）

　　　（　　）新規開設事業所

　　　（　　）取組拡充事業所

（２）添付書類

　地域ケア基盤整備推進事業計画（報告）内訳書 （別添1）

（３）その他の添付資料

　①　整備する機器のパンフレット及び見積書の写し

　② （取組拡充の場合）国又は県への従業者等に関する提出書類の写し及び勤務表（令和６年３月３１日時点の従業員一覧等）

③（新規開設の場合）事業所案内のパンフレット等

別紙３

地域ケア基盤整備推進事業費補助金所要額調書

（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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1/2)※千円未満切捨 | 既交付決定額　　　Ｇ | 交付申請額　Ｈ(Ｆ－Ｇ) | 事業所負担額Ｉ(Ａ－Ｈ) |
| 地域ケア基盤整備推進事業 | 1,005,500 | 0 | 1,005,000 | 1,000,000 | 1,000,000 | 500,000 | 0 | 500,000 | 505,500 |
| 合計 | 1,005,500 | 0記入例 | 1,005,000 | 1,000,000 | 1,000,000 | 500,000 | 0 | 500,000 | 505,500 |

※対象経費支出予定額（C）及び県補助所要額(F)は千円未満を切り捨てた金額を記載すること。

※補助基準額（D）は1,000,000円

※既交付決定額(G)は当事業で既に交付決定されている場合を除き0円となる。

　当事業で既に交付決定をされている場合はその金額を記載すること。

別紙３－１

地域ケア基盤整備推進事業費補助金所要額内訳調書

（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 経　費　区　分 | 対象経費支出予定額 | 積　算　内　訳 |
| 本事業に必要な備品購入費 | 1,005,500円記入例 | 生体モニタリングシステム　１式　450,000円パルスオキシメーター　　　１台（遠隔監視システム）　　　　　110,000円心電計　　　　　　　　　　１台（ワイヤレス解析機能付き）　　250,000円タブレット　　　　　　　　２台（単価：97,750円）　　　　　　195,500円　　　　　　　　　　　　 計　1,005,500円 |
| 合　　計（a） | 1,005,500円 |  |
| 寄付金その他の収入額（b） | 0円 |  |
| 合 計（c）（合計(a)-寄付金その他の収入額（b））※千円未満切捨 | 1,005,000円 |  |

（注）本調書は、合計(a)が「別紙３総事業費　Ａ」と同額となること。

（注）本調書は、寄付金その他の収入額（b）が「別紙３寄付金その他の収入額　Ｂ」と同額となること。

（注）本調書は、合計(c)が「別紙３対象経費支出予定額　Ｃ」と同額となること。また千円未満を切り捨てた金額を記載すること。

（注）積算内訳については、経費区分毎に計を記載すること。

（注）経費区分には、「地域ケア基盤整備推進事業補助交付要項」の別表（第２条関係）及び（留意事項）を参照し、運営費等の補助対象外となる経費は記載しないこと。

別添１

記入例

地域ケア基盤整備推進事業計画（報告）内訳書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 事業所名 | ABC訪問看護ステーション |
| ２ | 所在地 | 茨城県A市B町１‐２‐３ |
| ３ | 整備事業 | 右記のいずれかの取組に○を記載 |  | 新規開設 |  | 取組拡充 |
| ４ | 従業員数　※【　】に新規開設時又は取組拡充後の人数を記載すること。また、取組拡充の場合は（　）内に基準日となる令和６年３月31日現在の人数を記載すること（新規開設の場合は（　）内は記載不要。）。 |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　　分　 | 看護師　　　　　　　 | 保健師 | 准看護師 | 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常勤（人） | 【　５　】(　４　) | 【　２　】(　３　) | 【　　】(　　) | 【　　】(　　) | 【　　】(　　) | 【　　】(　　) | 【　２　】(　１　) | 【　　】(　　) |
| 非常勤（人） | 【　２　】(　１　) | 【　　】(　　) | 【　　】(　　) | 【　　】(　　) | 【　　】(　　) | 【　　】(　　) | 【　１　】(　１　) | 【　　】(　　) |
| 常勤換算後の人数（人） | 【　８．０　】(　６．５　)取組拡充の場合、常勤換算で１名以上増とする必要があるため注意すること。 | 【　　】(　　) | 【　　】(　　) | 【　２．７　】(　１．７　) |

 |

※取組拡充については、交付申請時に取組拡充（人数）が確認できる書類（国又は県への従業者等に関する提出書類の写し及び勤務表（令和６年３月３１日現在及び取組拡充後の従業者一覧等））を添付。交付申請時に取組拡充を終えていない場合は、実績報告時に添付すること。また、実績報告時には増員した者の雇用契約期間が確認できる書類（雇用契約書等）も添付をすること。

|  |  |
| --- | --- |
| ５ | 基盤整備（機器整備）の内容記入例 |
| 品名 | 製造業者名 | 規格・型式 | 数量 | 購入・リース等 | 備考（購入時期・耐用年数、リース期間等を記載） |
| 単価（税込） | 合計金額（税込） |
| 補助対象事業分 |  |  |  | 円 | 円 |  |
| 生体モニタリングシステム〇〇パルスオキシメーター■■心電計◇◇タブレット型端末●● | A社B社C社D社 | 〇〇－▲▲■■－▽▽◇◇－□□●●－△△ | １式１台１台２台 | 450,000110,000250,00097,750 | 450,000110,000250,000195,500 | 購入時期：20YY年M月耐用年数：６年遠隔監視システム付きワイヤレス解析機能付き |
| 合計 | ― | ― | ― | ― | 1,005,500 |  |
| ６ | 整備の目的、整備を必要とする理由及び期待される効果 |
|  | (1)整備の目的訪問看護の提供を通じて、在宅医療サービスの基盤整備の充実を図る。(2)整備を必要とする理由　 増加する在宅医療の需要に応え、対象者の更なる拡充を目指すため、人員の増員と生体モニタリングシステム等の整備を要する。(3)期待される効果　 患者の生体情報等の円滑な共有が可能となり、在宅療養生活を送っている方が自宅でより安心して生活できるようになる。また、得られた情報から利用者の状態予測が可能となり、早めに対応することで緊急の訪問回数の減少が期待できる。 |
| ７ | 地域の市町村、医師会等との連携協力の状況（予定を含む） |
|  | 地域包括支援センターや各コミュニティセンターと連携し、在宅療養生活を送っている方ができる限り住み慣れた自宅で生活できるよう、予防活動に従事している。また、各地域で開催される会議や管理者会議には積極的に参加し、情報交換や交流を行い、地域に密着した活動を行っている。 |

※単価、購入金額は税込み価格を記入すること。また、欄が不足する場合は、適宜追加して記入すること。

※実績報告時には、整備した医療機器の写真、契約書、納品書及び請求書の写しを添付すること。

様式第４号

事業所の文書管理番号等がある場合は記載する。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記号番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

茨城県知事　大井川　和彦　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　事業所住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所代表者名

事業所印等は不要

（印省略）

地域ケア基盤整備推進事業費補助金補助金交付決定前着手届出書

　標記補助金について、下記により補助金交付決定前に事業に着手したいので、補助金交付要項第５条の規定により届け出ます。

なお、交付決定前に着手する事業に関して、補助金が交付されないこととなっても何ら異議の申し立てを行いません。

記

記入例

　１　事業内容

　　　訪問看護用の生体モニタリングシステム等の購入

２　交付決定前に着手する理由

　　〇〇事業所において、令和　年　月　日に事業所を開所しサービスを開始したいため。（交付決定前に事業に着手するやむを得ない理由を記載すること。）

様式第５号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　健康第　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

　　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　茨城県知事　大井川　和彦

　（公印省略）

地域ケア基盤整備推進事業費補助金補助金交付決定通知書

**県使用様式**

　令和　年　月　日付　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６号

事業所の文書管理番号等がある場合は記載する。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記号番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

茨城県知事　大井川　和彦　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　事業所住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所代表者名

事業所印等は不要

（印省略）

地域ケア基盤整備推進事業費補助金補助金追加（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。

追加（減額）後の交付申請額を記入する（別紙３の交付申請額(H)の金額を記入する。）。

また、３（別紙２）、４（別紙３及び別紙３－１）、５（収支決算書抄本）についても内容の変更を行って提出すること。

記

１　申　請　額　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　事業計画書（別紙１、別添１及びその他の添付資料）

３　年間取組（報告）書（別紙２）

４　補助金所要額調書（別紙３及び別紙３－１）

５　当該事業に係る収入支出決算書（又は見込書）抄本

様式第７号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　健康第　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

　　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　茨城県知事　大井川　和彦

　（公印省略）

地域ケア基盤整備推進事業費補助金補助金追加（減額）交付決定通知書

**県使用様式**

　令和　年　月　日付　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８号

事業所の文書管理番号等がある場合は記載する。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記号番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

茨城県知事　大井川　和彦　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　事業所住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所代表者名

事業所印等は不要

（印省略）

地域ケア基盤整備推進事業費補助金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。

概算払の申請可能額は、交付決定額の90％以内の金額までとなる。

記

１　申請額　　　　　　　　　　　　　　　　円

　２　申請理由

様式第９号

補助事業の円滑な遂行上概算払を必要とする理由を詳細に記入する（基本的には実績報告後の精算払となる。）。

事業所の文書管理番号等がある場合は記載する。

日付は事業完了日から令和７年３月31日までの日付を記入する（収支決算書抄本と同じ日付とする。）。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記号番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

茨城県知事　大井川　和彦　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　事業所住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所代表者名

事業所印等は不要

（印省略）

地域ケア基盤整備推進事業費補助金補助金事業実績報告書

様式第５号で受けた交付決定通知書の日付等を記載すること。

　令和　年　月　日付　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　事業実績報告書（別紙４、別添１及びその他の資料）

２　年間取組（報告）書（別紙２）

３　補助金精算額調書（別紙５及び別紙５－１）

４　当該事業に係る収入支出決算書（又は見込書）抄本

別紙４

地域ケア基盤整備推進事業報告書

（１）事業所種別（該当する方いずれかに〇をする）

　　　（　　）新規開設事業所

　　　（　　）取組拡充事業所

（２）添付書類

　　　地域ケア基盤整備推進事業計画（報告）内訳書(別添１)

（注）別添１の各項目について、計画時点のものを実績報告時点に修正し、　報告すること。

（３）　その他の資料

①（取組拡充の場合）国又は県への従業者等に関する提出書類の写し及び勤務表（令和６年３月３１日現在及び取組拡充後の従業者一覧等）

②（取組拡充の場合）増員した者の雇用契約期間が確認できる書類（雇用契約書等）

③（新規開設、取組拡充共通）整備した医療機器の写真、購入契約書、納品書及び請求書の写し

別紙５

地域ケア基盤整備推進事業費補助金精算額調書

（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 総事業費Ａ記入例 | 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1/2)※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）、(G-H)のいずれか少ない方の額 | 事業所負担額　　Ｊ（Ａ－Ｉ） |
| 地域ケア基盤整備推進事業 | 1,005,500 | 0 | 1,005,000 | 1,000,000 | 1,000,000 | 500,000 | 500,000 | 0 | 500,000 | 505,500 |
| 合計 | 1,005,500 | 0 | 1,005,000 | 1,000,000 | 1,000,000 | 500,000 | 500,000 | 0 | 500,000 | 505,500 |

※対象経費支出予定額（C）及び県補助所要額(F)は千円未満を切り捨てた金額を記載すること。

※補助基準額（D）は1,000,000円

※既交付決定額（G）は当事業で交付決定された金額を記載すること。

※県補助受入済額（H）は概算払をされている場合を除き0円となる。

　概算払申請の上、概算払を受けている場合はその金額を記載すること。

別紙５－１

地域ケア基盤整備推進事業費補助金精算額内訳調書

（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 経　費　区　分 | 対象経費支出済額 | 積　算　内　訳 |
| 本事業に必要な備品購入費 | 1,005,500円記入例 | 生体モニタリングシステム　１台　450,000円パルスオキシメーター　　　１台（遠隔監視システム）　　　　　110,000円心電計　　　　　　　　　　１台（ワイヤレス解析機能付き）　　250,000円タブレット　　　　　　　　２台（単価：97,750円）　　　　　　195,500円　　　　　　　　　　　　 計　1,005,500円 |
| 合 計（a） | 1,005,500円 |  |
| 寄付金その他の収入額（b） | 0円 |  |
| 合 計（c）（合計(a)-寄付金その他の収入額（b）） ※千円未満切捨 | 1,005,000円 |  |

（注）本調書は、合計(a)が「別紙５総事業費　Ａ」と同額となること。

（注）本調書は、寄付金その他の収入額（b）が「別紙５寄付金その他の収入額　Ｂ」と同額となること。

（注）本調書は、合計(c)が「別紙５対象経費支出予定額　Ｃ」と同額となること。また、千円未満を切り捨てた金額を記載すること。

（注）積算内訳については、経費区分毎に計を記載すること。

（注）経費区分には、「地域ケア基盤整備推進事業補助交付要項」の別表（第２条関係）及び（留意事項）を参照し、運営費等の補助対象外となる経費は記載しないこと。

様式第10号

　健康第　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

　　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　茨城県知事　大井川　和彦

　（公印省略）

**県使用様式**

地域ケア基盤整備推進事業費補助金補助金確定通知書

　令和　年　月　日付　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　第　号事業実績報告に基づき交付額を　　　　　　円に確定したので通知します。

様式第11号

事業所の文書管理番号等がある場合は記載する。

　記号番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

茨城県知事　大井川　和彦　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　事業所住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所代表者名

　　（印省略）

事業所印等は不要

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　第　号で交付決定を受けた、令和　年度地域ケア基盤整備推進事業費補助金について、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または事業実績報告額

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）

令和　年度地域ケア基盤整備推進事業費補助金

収支決算書抄本

記入例

（収　入）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科　　　目 | 決　　算　　額 | 備　　　考 |
| 補　　助　　金 | 500,000 円 |  |
| 借　　入　　金 | 0 円 |  |
| 自　己　資　金 | 505,500 円 |  |
| 寄付金その他の収入額 | 0円 |  |
| 合　　　　計 | 1,005,500円 |  |

（支　出）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科　　　目 | 決　　算　　額 | 備　　　考 |
| 地域ケア基盤整備推進事業費 | 1,005,500円 |  |
| 合　　　　計 | 1,005,500円 |  |

上記は、収支決算書の抄本に相違ありません。

令和　年 月 日

申請者

日付は事業完了日から令和７年３月31日までの日付で記載すること（実績報告書の日付と同じ日付とすること。）。

住所

氏名