|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関の名称 |  | | |
| 所属 |  | 氏名 |  |
| 電話 |  | メール |  |

**回答者**

令和５年度より、本補助金の要綱が改正され、派遣医師が過去１年間（令和４年６月～令和５年５月）のうち１度でも派遣元、派遣先合算して月８０時間以上の時間外・休日労働時間がある場合**、派遣先の医療機関も交付対象**となります。

**問１**．令和５年度の本補助金の活用のご希望をお知らせください。（当てはまるもの１つお選びください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 希望する | 希望しない | □必要ない  □対象とはならない  □その他（　　　　　　　　） | 未定 |

➡**希望しない場合は、以下の問いへの回答は不要となります。**

➡希望される若しくは未定の場合は、そのまま以下の質問にお答えください。

**問２**．補助金の対象となる実績についてお知らせください。（期間：令和４年１月～１２月）

|  |  |
| --- | --- |
| １　救急用の自動車等による搬送件数 | （　　　　　　　）件 |
| ２　その他診療実績  ※１の件数が、1000件未満の場合は右欄のいずれに該当するかチェックの上記載してください。 | □　夜間・休日・時間外入院件数　（　　　　　）件  □　離島、へき地等で、同一医療圏に他に救急対応可能な医療機関が存在しないなど  　　実績等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　周産期医療、小児救急医療機関、精神科救急等  　　　実績等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患の急性期医療  　　　実績等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　その他在宅医療  　　実績等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　その他５事業・５疾病で重要な医療を提供している  　　　実績等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

［記載上の注意事項］

期間（令和４年1月～12月）については、「新型コロナウイルス感染症が拡大している状況を踏まえた診療報酬の臨時的な取扱い（その26）（令和2年8月31日付厚生労働省保健局医療課事務連絡）等」に準じるため、変更する場合は修正してください。

**問３．**直近過去１年間（令和４年６月～令和５年５月）のうち一度でも月の時間外・休日労働が８０時間を超えた常勤医師数を教えてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （1）自院のみで超えた | 人 | わからない  （注） |
| （2）副業・兼業先（医師派遣のみ）も含めると超えた | 人 |
| （3）派遣元（医師派遣のみ）も含めると超えた | 人 |

（注）わからない場合は、補助金の交付申請までに医師への聞き取り等により時間外・休日労働時間を確認してください。

**問４**．補助金の活用内容についてお知らせください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 補助対象  経費 | 支出内容 | 資産形成  有無 | 所要見込額 | 補助対象額 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合計 | | |  |  |

［記載上の注意事項］

１．現時点での見込で結構ですが、内容の記入が難しい場合は、補助対象額の合計に基準額（令和３年度病床機能報告における一般病床の最大使用病床数×133千円）を記入してください。

２．資産形成有の場合は補助率9/10、資産形成無の場合は補助率10/10です。所要見込額にそれぞれの補助率を乗じて得た金額を補助対象額として記入してください。

３．補助金の上限額は、補助対象経費の支出額もしくは基準額のうち少ない方となります。

**以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました。**

■本調査に関する送付先・お問い合わせ先

〒460-8501　名古屋市中区三の丸三丁目１番２号

担当　愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室（江頭）

電話　052-954-6659（ダイヤルイン）

ファックス　052-954-6918

電子メール　chiikiiryousien@pref.aichi.lg.jp