

提出時の注意とお願い

【申請全体を通して】

- ・ 提出について、期限厳守（令和7年12月22日（月）締切）をお願いします。
- ・ 記入漏れのないよう、提出前に再度ご確認ください。
- ・ 各書類は、1部ずつご提出ください。（電子データによる提出可）
- ・ 補助事業者名の代表者は、法人であれば法人の代表者（理事長等）、個人であれば開設者（院長等）となりますので、ご注意ください。
- ・ 他の補助金を申請予定の事業者様は、対象経費が重複していないことをご確認ください。
- ・ ＜郵送提出の場合＞訂正する際は、新しい用紙に書き直しをお願いします。修正液、修正テープ等は使用しないでください。

【様式について】

- ・ 様式や記入方法については、医務課 Web ページ掲載のものをご使用・ご確認ください。
＜医務課 Web ページ＞
<https://www.pref.aichi.jp/soshiki/imu/sankaitousienjigyohihihojyokin.html>
- ・ Web ページで様式がダウンロードできない場合は、医務課担当宛てにご連絡ください。

【その他】

- ・ 交付申請書の提出後に代表者や所在地等に変更があった場合、参考様式1の変更届をご提出ください。
- ・ 初めて愛知県の補助金等の申請を行う場合や、既に愛知県で登録されている振込口座を変更する場合は、参考様式2の愛知県受取人届出書をご提出ください。
- ・ 申請書を提出した後に補助金を辞退される場合は、交付要綱第4にもとづき書類の提出が必要となりますのでご連絡ください。
- ・ 御不明な点等につきましては下記連絡先へご連絡ください。

※交付申請書提出以降の手続き（変更交付申請、実績報告）については、別途通知いたします。
（3月頃を予定）

担 当 保健医療局健康医務部医務課
救急・周産期・災害医療グループ（細江）
電 話 052-954-6628（ダイヤルイン）
メー ル imu@pref.aichi.lg.jp

【補助希望事業者**必須**提出書類】
記入例(帝王切開術医師支援事業)

(別紙様式1 (産科医等支援事業費補助金))

【記載内容】

次ページ「住所、補助事業者名の記入方法について」を参照してください

番 号
令和7年 月 日

愛知県知事殿

〇〇市△町□□1-2
医療法人〇〇会
理事長 □□ □□

令和7年度産科医等支援事業費補助金の交付申請について

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

- 1 申請額 金 (様式1-4の(H)欄と同額) 円
- 2 事業所要額調書、事業計画書
 - ~~(1) 産科医等確保支援事業(様式1-1)~~
 - ~~(2) 新生児医療担当医確保支援事業(様式1-2)~~
 - ~~(3) 産科医等育成支援事業(様式1-3)~~
 - (4) 帝王切開術医師支援事業(様式1-4)
- 3 添付書類
 - (1) 当該事業に係る歳入歳出予算書
 - (2) その他参考資料

住所、補助事業者名の記入方法について

申請全体を通して、すべて同様に御記入ください。

	記載内容	記載例
医療法人の 場合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 法人住所 ・ 法人名 ・ 代表者職氏名 	○○市△町□□ 1－2 医療法人○○会 理事長 □□ □□
医療法人でない 場合（個人開設の病 院、診療所、助産所）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設住所 ・ 施設名 ・ 代表者職氏名 	○○市△町□□ 1－2 △△病院 院長 □□ □□

※全国組織等の本部より病院長へ、補助金に係る申請手続等を委任されている場合（委任状を御提出いただく場合）

記載内容	記載例
<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設住所 ・ 法人名 ・ 施設名 ・ 代表者職氏名 	○○市△町□□ 1－2 ○○機構 △△病院 院長 □□ □□

(様式1-4 (産科医等支援事業費補助金))

【補助希望事業者必須提出書類】
記入例(帝王切開術医師支援事業)

令和7年度 帝王切開術医師支援事業費所要額調書

(医療機関名 医療法人〇〇会 △△病院)

総事業費 (A)	寄附金 その他の 収入額 (B)	差引額 (A - B) (C)	対象経費の 支出予定額 (D)	基準額 (E)	選定額 (F)	補助基本額 (G)	補助所要額 × 1/3 (H)	備考
円 帝王切開術を行う 医師の給与及び手 当の計 (歳入歳出予算書 の医師の給与と手 当等の額の計と同 額)	円 【寄附金】や【診 療報酬以外の特別 な収入(分娩料等 を除く)】があっ た場合に記載。	円 (A) - (B)	円 帝王切開術に対 して、医師の処遇改 善・医師確保のた めに必要な給与 費・報償費 ※他の補助金と対 象経費が重複して いないこと	円 基準額: 帝王切開(見込) 件数×単価 (10,000円 or 20,000円)	円 (D)と(E)の いずれか低い額	円 (C)と(F)の いずれか低い額	円 (G)×1/3 (1,000円未満切 り捨て)	

(注) 1 F欄にはD欄とE欄の低い額を記入すること。
2 G欄にはC欄とF欄の低い額を記入すること。
3 H欄にはG欄の金額を1/3した額(1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。)を記入すること。

令和7年4月1日から
令和8年3月31日までの
見込件数を記入してください。

別表

開設者	許可病床数	帝王切開(見込)件数	(内訳)帝王切開に従事する医師人数別の件数	
			1人	2人以上
医療法人〇〇会	床 ○	件 ○	件 ○	件 ○

(注)1 「帝王切開(見込)件数」欄には、当該年度の見込数を記入すること。
2 「(内訳)帝王切開に従事する医師人数別の件数」欄には、「帝王切開(見込)件数」の内訳として、帝王切開術を行うに当たり、
医師が1人でその他看護師等で行う場合は「1人」欄に、医師が2人以上で行う場合は「2人以上」欄に、それぞれ見込数を記入すること。
3 「1人」欄の件数に10,000円、「2人以上」欄の件数に20,000円を乗じ、合算した金額が「基準額(E)」欄と一致すること。

【補助希望事業者必須提出書類】
記入例(帝王切開術医師支援事業)

令和7年度歳入歳出予算書

歳 入

款	項	目	予算現額	節		説 明
				区分	金額	
このような区分がない場合、記入は不要です。			円	県補助金	円 〇〇〇, 〇〇〇	帝王切開術医師支援事業費補助金
				別紙様式1の申請額、様式1-4の補助所要額(H)と同額です。		
				補助金を他に受けている場合は、下記のとおり記載します。		
				〇〇〇補助金	〇, 〇〇〇, 〇〇〇	うち、帝王切開術医師支援事業費補助金 ●●●, ●●●●
					〇〇〇, 〇〇〇	←合計を記載

歳 出

款			項	目	予算現額	節		説明
区分						金額		
このような区分がない場合、記入は不要です。					円	給与	円 △△△, △△△	うち、産科医給与（○人） うち、麻酔医師給与（○人）
						手当	▽▽▽, ▽▽▽	うち、産科医手当（○人） うち、麻酔医師手当（○人）
医師の給与と手当の合計は様式1－4の総事業費(A)と同額。								

原本と相違ないことを証明します。

令和7年 月 日

(別紙様式1) 交付申請書の日付と同じ

補助事業者名

(注) 節の金額が他の事業を含む場合は、当該補助対象事業分を説明欄に記入すること。

・法人名または施設名
・代表者職名(理事長、院長等)
・代表者氏名
→必ず交付申請書と同様に記入してください。
例: 医療法人〇〇会
理事長 □□ □□