

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）でお願いします。
- ・ 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/sankaitousienjigyouhihojyokin.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

○○市△町□□1-2
医療法人○○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
場合 医療 法人 の	<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 □□ □□
院合医療 （個人法人 診療所、開設で 助産所のない 病場）	<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
・ 施設住所	○○市△町□□ 1－2
・ 法人名	○○機構 △△病院
・ 施設名	院長 □□ □□
・ 代表者職氏名	

(様式1－4 (産科医等支援事業費補助金))

令和7年度 帝王切開術医師支援事業費所要額調書

【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)

(医療機関名 医療法人○○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)】があつ た場合に記載。	円 (A) - (B) (C)	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欄の内訳を記入すること。
 2 G欄にはC欄とF欄の内訳を記入すること。
 3 H欄にはG欄の金額を記入すること。

令和7年4月1日から
令和8年3月31日までの
見込み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○○会	○	○	○	○

- (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	
このようないくつかの区分がない場合、記入は不要です。			円	県補助金	円 ○○○, ○○○	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。						
				○○○補助金	○, ○○○, ○○○	うち、帝王切開術医師支援事業費補助金 ●●, ●●●
					○○○, ○○○	←合計を記載

歳 出

款	項	目	予算現額	節		説 明
				区分	金額	
このようないくつかの区分がない場合、記入は不要です。			円	給与	△△△, △△△	うち、産科医給与 (○人) うち、麻酔医師給与 (○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。						
手当						
					▽▽▽, ▽▽▽	うち、産科医手当 (○人) うち、麻酔医師手当 (○人)

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○○会
理事長 □□ □□