

提出時の注意とお願い

申請全体を通して

- ・ 提出について、期限厳守をお願いします。
- ・ 記入漏れのないよう、提出前に再度御確認ください。
- ・ 各書類は、1部ずつ御提出ください。（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、御注意ください。
- ・ 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御確認ください。
- ・ 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。
- ・ 申請書の様式や記入方法については、医務課救急・周産期・災害医療グループの当該補助金のホームページ
(<https://www.pref.aichi.jp/soshiki/imu/sankaitousienjigyouchihogyokin.html>) に掲載されているものを御使用・御確認ください。掲載様式は、自動計算用の数式が入っております。万が一ホームページで様式のダウンロードができない方は、医務課担当宛てに御連絡ください。様式を電子メール等により送付いたします。古い様式は使用しないでください。

【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の変更届を御提出下さい。
- ・ 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御提出下さい。
- ・ 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御連絡ください。
- ・ 御不明な点等につきましては下記連絡先へ御連絡ください。

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
電 話 052-954-6628（ダイヤルイン）
ファクシミリ 052-954-6918
E-MAIL imu@pref.aichi.lg.jp

提出前のチェック項目

例年下記の点で誤りが多くなっておりますので御確認下さい。

- 申請書の補助事業者欄に役職（理事長、院長等）はありますか。
- 日付については、

変更交付申請（様式1-5）	3月31日)	ですか。
実績報告書（別紙様式2）	3月31日から4月3日の間		
請求書	日付空欄		
- 振込口座は正しく記載されていますか（金融機関名、口座種別・口座番号、名義）
※ 誤りがあると支払いに支障が生じますのでご注意ください。
- 額や計算に誤りはありませんか。

(様式 1-5)

交付申請書の所要額 > 実績報告の所要額 の場合のみ、提出
 (【交付申請書の所要額】 ≤ 【実績報告の所要額】の場合は、提出不要)

番 号
令和 8 年 3 月 3 1 日

【記載内容】
 次頁「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
 ※ 押印は不要です

必ず 3 月 3 1 日付けにしてください。

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変更交付申請について

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 変更申請額 | 金 (様式 1-5-4 の (H) 欄と同額) | 円 . . . | Ⓐ |
| 既交付決定額 | 金 (交 付 決 定 通 知 の 額) | 円 . . . | Ⓑ |
| 差引増減額 | 金 (<u>(変更申請額)</u> - <u>(既交付決定額)</u>) | 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 1-5-1)~~
 - ~~(2) 新生児医療担当医確保支援事業 (様式 1-5-2)~~
 - ~~(3) 産科医等育成支援事業 (様式 1-5-3)~~
 - (4) 帝王切開術医師支援事業 (様式 1-5-4)

増減額は△〇〇, 〇〇〇円と記載
 (増減額がマイナスにならない場合、
 変更交付申請は不要です)

- 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	代表者が理事長の場合 ・ 法人住所 ・ 法人名 ・ 代表者職氏名	〇〇市△町□□ 1 - 2 医療法人〇〇会 理事長 □□ □□
院、診 療所、 助産所 合 （個人 開設の ない場 合） 医 療 法 人 で ない 場 合	・ 施設住所 ・ 施設名 ・ 代表者職氏名	〇〇市△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 ・ 法人名 ・ 施設名 ・ 代表者職氏名	〇〇市△町□□ 1 - 2 〇〇機構 △△病院 院長 □□ □□

令和7年度 帝王切開術医師支援事業費所要額調書

記入例(帝王切開術医師支援事業)

(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・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乗じて算出した金額を記入すること。(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。

変更申請に当たっては、令和7年4月1日から令和8年3月31日までの、実績件数(見込)を記入して下さい。

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。

交付申請書の所要額 > 実績報告の所要額 の場合のみ、提出
 (【交付申請書の所要額】≤【実績報告の所要額】の場合は、提出不要)

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	
			円	県補助金	円 ○○○, ○○○	帝王切開術医師支援事業費補助金
このような区分がない場合、 記入は不要です。						
別紙様式1-5の申請額、様式1-5-4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	
			円	給与	円 △△△, △△△	うち、産科医給与 (○人) うち、麻酔医師給与 (○人)
このような区分がない場合、 記入は不要です。						
				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1-5-4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8年3月31日

日付は令和8年3月31日としてください。

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 □□ □□