

## 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**でお願いします。
- ・ 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。
- ・ 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。**

### 【産科医等確保支援事業に関する注意事項】

- ・ 分娩取扱件数に応じて支給される手当（分娩手当等）には、**交通費等その他経費を対象経費として含めない**ようにしてください。
- ・ **分娩に立ち会っていない産科医等への手当は対象経費に含まれません。**
- ・ 他院への搬送等により分娩に至らなかったケース（自施設で児及び胎盤の娩出が行われなかったケース）は、分娩取扱件数・対象経費に含まれません。
- ・ 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。**

### 【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御提出ください。
- ・ 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 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ください。

- 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
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

ですか。
- 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

愛 知 県 知 事 殿

必ず 3 月 3 1 日 付 け に し て く だ さ い 。

**【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

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 1-5-1 の (H) 欄と同額) 円 . . . ①  
 既交付決定額 金 ( 交 付 決 定 通 知 の 額 ) 円 . . . ②  
 差引増減額 金 ( ① - ② ) 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 医 合 療 法 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 合 医 、 診 療 法 所 ( 個 人 法 、 開 設 人 所 ) の 場 場	・ 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 □□ □□

(様式1-5-1(産科医等支援事業費補助金))

令和7年度 産科医等確保支援

※他の補助金と対象経費が重複していないことを確認してください

記入例(産科医等確保支援事業)

1 産科医等確保支援事業所要額調書

(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	円	円	円	円	円	円	円	
令和7年4月1日 から令和8年3月 31日までに支給 予定の、分娩を 取り扱う産科医 及び助産師へ の、分娩手当等 の合計 (歳入歳出予算 書の額と同額)	【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。	(A) - (B)	別紙(様式1- 5-1関係)の (d)欄の合計	別紙(様式1- 5-1関係)の (e)欄の合計	別紙(様式1- 5-1関係)の (f)欄の合計	(C)と(F) のいずれか低い 額	(G) × 1/3 (1,000円未満 切り捨て)	

○よくある費用の例○

入院料(室料・食事料) \_\_\_\_\_ 円  
 分娩料 \_\_\_\_\_ 円  
 新生児管理料 \_\_\_\_\_ 円  
 胎盤処理料 \_\_\_\_\_ 円  
 処置・手当料 \_\_\_\_\_ 円  
 検査・薬剤料 \_\_\_\_\_ 円  
 産科医療補償制度掛金 \_\_\_\_\_ 円  
 その他 \_\_\_\_\_ 円

(※妊産婦が任意に選択できる記念品・特別料  
理・室料差額等の付加サービス分は除く。実質的  
に選択不可能となっているものは含む)  
 (※一般的な正常分娩の場合で算出)

- (注) 1 F欄にはD欄とE欄のいずれか低い方の額を記入すること。  
 2 G欄にはC欄とF欄とを比較して、いずれか低い方の額を記入すること。  
 3 H欄にはG欄の金額に1/3を乗じた金額(ただし、1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨

別表

開設者	許可病床数	一般的な分娩費用	分娩取扱(見込)件数	支給対象者: 1分娩あたり単価
	床	円	件	
法人の場合→医療法人〇〇会 個人の場合→〇〇 〇〇(人名)	○	〇〇〇, 〇〇〇		常勤医師 〇〇,〇〇〇円(正常分娩) 〇〇,〇〇〇円(異常分娩) 非常勤医師 〇〇,〇〇〇円(正常分娩) 〇〇,〇〇〇円(異常分娩) 助産師 〇,〇〇〇円(正常分娩) 〇,〇〇〇円(異常分娩)

別紙(様式1-5-1関  
係)の分娩取扱(見込)  
件数(手当支給対象(見込)  
件数(b))の合計を記入し  
てください。

- (注) 1 「一般的な分娩費用」欄へは、当該年度の入院から退院までの分娩費用(分娩(管理・介助)料、入院費用、胎盤処理料及び処置・注射・検査料等)を  
徴収する額を記載すること。(当該年度の正常分娩の費用を適用)  
 2 「分娩取扱(見込)件数」欄には、当該年度の見込数を記入すること。

## 別紙（様式 1－5－1 関係）について

別紙（様式 1－5－1 関係）については、下記のパターン分けの方法と次頁からの記入例を参考に、①～⑤のパターンに分けて記入してください。

### ① 医師若しくは助産師が 1 人で分娩を取り扱う場合

（1 分娩あたり 1 人のみに分娩手当を支給する場合）⇒（記入例：P. 7）

【例】・ A 医師（20,000 円）  
・ B 医師（10,000 円）  
・ C 助産師（5,000 円）

パターン①に記入して  
ください。

### ② 2 人以上の医師若しくは助産師が分娩を取り扱い、支給する手当金額の合計が 10,000 円を超える場合

（1 分娩あたり 2 人以上に分娩手当を支給し、その合計が 10,000 円を超える場合）⇒（記入例：P. 8）

【例】・ A 医師（20,000 円） + D 医師（15,000 円）  
・ A 医師（20,000 円） + B 医師（10,000 円）  
・ D 医師（15,000 円） + C 助産師（5,000 円）  
・ B 医師（10,000 円） + E 医師（10,000 円）  
・ B 医師（10,000 円） + C 助産師（5,000 円）  
・ F 助産師（7,000 円） + C 助産師（5,000 円）

パターン②に記入して  
ください。

### ③ 2 人以上の医師若しくは助産師が分娩を取り扱い、支給する手当金額の合計が 10,000 円の場合

（1 分娩あたり 2 人以上に分娩手当を支給し、その合計が 10,000 円の場合）⇒（記入例：P. 9）

【例】・ A 医師（5,000 円） + G 医師（5,000 円）  
・ A 医師（5,000 円） + H 医師（3,000 円）  
+ I 助産師（2,000 円）

パターン③に記入して  
ください。

**④ 2人以上の医師若しくは助産師が分娩を取り扱い、支給する手当金額の合計が10,000円未満の場合**

(1分娩あたり2人以上に分娩手当を支給し、その合計が10,000円未満の場合)

⇒ (記入例 : P. 10)

【例】・ A 医師 (5,000 円) + H 医師 (3,000 円)  
・ A 医師 (5,000 円) + I 助産師 (2,000 円)  
+ J 助産師 (2,000 円)

パターン④に記入してください。

**⑤ 定額の手当を支給する医師若しくは助産師が分娩を取り扱う場合 ⇒ (記入例 : P. 11)**

【例】・ K 医師 (10,000 円 / 1 月) が 1 人で  
年間 30 件の分娩を取り扱う場合  
・ L 医師 (50,000 円 / 1 月) と M 医師  
(10,000 円 / 1 月) が 2 人で年間 20 件  
の分娩を取り扱う場合

パターン⑤に記入してください。

※①～④の【例】の( )の金額は1分娩当たりの手当金額です。

※曜日や時間帯等で手当金額が異なる場合は、それぞれの手当についてパターンを分けて記入してください。

⇒【例】の A 医師は手当金額が 20,000 円の場合と 5,000 円の場合があるため、パターン①、②、③、④にそれぞれ記入しています。

※分娩手当を支給していない医療従事者は補助金の対象にならないため、分娩手当を支給している医師若しくは助産師の人数のみでパターン分けを行ってください。分娩手当を支給していない医師若しくは助産師のみで取り扱った分娩については、分娩件数に含めないでください。また、『分娩手当』と称する手当が支給されていても、分娩に立ち会っていない(待機のみ等)場合は対象とはなりません。

【例】 A 医師 (20,000 円) + N 医師 (分娩手当支給なし)

→ A 医師 (20,000 円) が 1 人で取り扱う場合とみなし、パターン①に記入してください。

別紙（様式1-5-1関係）

医療従事者が1人で分娩を取り扱う場合・・・パターン①

（医療機関名）

支給対象者氏名	職種	分娩取扱（見込）件数		分娩手当金額 （単価） （c）	対象経費の 支出予定額 （=手当支給 見込額） （d）	基準額 （e）	選定額 （f）
		手当支給 （見込）件数 （a）	手当支給対象 （見込）件数 （b）				
A	医師	10	10	20,000	200,000	100,000	100,000
B	医師	10	10	10,000	100,000	100,000	100,000
C	助産師	10	10	5,000	50,000	100,000	50,000
		令和7年4月1日 から令和8年3月 31日までに取り 扱う見込の分娩 の、分娩手当を 支給する見込件 数	(a) = (b)	1分娩当たりの 分娩手当単価	(a) × (c)	(b) × 10,000円	(d)と(e)のい ずれか低い額
		本欄の金額を様式1-5-1の別表の分娩取扱（見 込）件数の欄に記入 （複数のパターンがある場合は、すべてのパターンの 合計を様式1-5-1に記入）					
合計		30	30		様式1-5-1(D) 350,000	様式1-5-1(E) 300,000	様式1-5-1(F) 250,000

【例】  
Aのみ 10件  
Bのみ 10件  
Cのみ 10件  
  
計 30件

手当支給対象  
（見込）件数  
（b）の合計件  
数と一致

※記載欄が不足する場合は、適宜追加すること。

本欄の金額を様式1-5-1の分娩取扱件数の(D)～(F)欄に記入  
（複数のパターンがある場合は、すべてのパターンの合計を様式1-5-  
1に記入）

2人以上の医療従事者が分娩を取り扱い、支給する手当金額の合計が10,000円を超える場合・・・パターン②

（医療機関名）

支給対象者氏名	職種	分娩取扱（見込）件数		分娩手当金額 （単価） （c）	対象経費の 支出予定額 （=手当支給 見込額） （d）	基準額 （e）	選定額 （f）
		手当支給 （見込）件数 （a）	手当支給対象 （見込）件数 （b）				
A	医師	20	件	20,000	400,000	円	円
B	医師	30		10,000	300,000		
C	助産師	30		5,000	150,000		
D	医師	20		15,000	300,000		
E	医師	10		10,000	100,000		
F	助産師	10		7,000	70,000		
		令和7年4月1日 から令和8年3月 31日までに取り 扱う見込の分娩 の、分娩手当を 支給する見込件 数	1分娩当たりの 分娩手当単価	（a）×（c）			
合計		120	60	1,320,000	600,000	600,000	

【例】  
 A + D 10件  
 A + B 10件  
 D + C 10件  
 B + E 10件  
 B + C 10件  
 F + C 10件  
 計 60件

手当支給対象  
（見込）件数  
（b）の合計件  
数と一致

（b）の合計件  
数 × 10,000円  
 （D）と（E）のい  
ずれか低い方

※記載欄が  
 本欄の金額を様式1-5-1の別表の分娩取扱件数の欄に  
 記入  
 （複数のパターンがある場合は、すべてのパターンの合計

本欄の金額を様式1-5-1の分娩取扱件数の（D）～（F）欄に記入  
 （複数のパターンがある場合は、すべてのパターンの合計を様式1-  
 5-1に記入）



別紙（様式1-5-1関係）

2人以上の医療従事者が分娩を取り扱い、支給する手当金額の合計が10,000円未満の場合・・・パターン④

（医療機関名

）

支給対象者氏名	職種	分娩取扱（見込）件数		分娩手当金額 （単価）	対象経費の 支出予定額 （=手当支給 見込額）	基準額	選定額
		手当支給 （見込）件数 (a)	手当支給対象 （見込）件数 (b)				
A	医師	20	20	5,000	100,000	100,000	100,000
H	医師	10		3,000	30,000		
I	助産師	10		2,000	20,000		
J	助産師	10		2,000	20,000		
		令和7年4月1日 から令和8年3月 31日までに取り 扱う見込の分娩 の、分娩手当を 支給する見込件 数		1分娩当たりの 単価	(a) × (c)		
合計		50	20		170,000	200,000	170,000

【例】  
A + H 10件  
A + I + J 10件

計 20件

手当支給対象  
（見込）件数  
（b）の合計件  
数と一致

(b)の合計件  
数 × 10,000円

(D)と(E)のい  
ずれか低い方

※記載欄が

本欄の金額を様式1-5-1の別表の分娩取扱件数の欄に  
記入  
（複数のパターンがある場合は、すべてのパターンの合計

本欄の金額を様式1-5-1の分娩取扱件数の(D)～(F)欄に記入  
（複数のパターンがある場合は、すべてのパターンの合計を様式1-  
5-1に記入）

別紙（様式1-5-1関係）

定額の手当を支給する医療従事者が分娩を取り扱う場合・・・パターン⑤

（医療機関名）

支給対象者氏名	職種	分娩取扱（見込）件数		分娩手当金額 （単価） （c）	対象経費の 支出予定額 （=手当支給 見込額） （d）	基準額 （e）	選定額 （f）
		手当支給 （見込）件数 （a）	手当支給対象 （見込）件数 （b）				
K	医師	30	30	月 10,000	120,000	300,000	120,000
L	医師	20	20	月 50,000	600,000	200,000	200,000
M	医師	20	0	月 10,000	120,000	0	0
		令和7年4月1日 から令和8年3月 31日までに取り 扱う見込の分娩 の、分娩手当を 支給する見込件 数	1人で取り扱う 場合は（a）と同 じ件数 2人以上で取り 扱う場合はいず れか1人に計上 し、他の医療従 事者には計上し ないこと	月額で金額が決 まっている場合 は月〇〇円と記 入	令和7年4月1日 から令和8年3月 31日に支給する 見込の手当の金 額	（b）×10,000円	（d）と（e）のい ずれか低い額
合計		70	50		式1-5-1(D) 840,000	式1-5-1(E) 500,000	式1-5-1(F) 320,000

【例】  
Kのみ 30件  
L+M 20件  
計 50件

手当支給対象  
（見込）件数  
（b）の合計件  
数と一致

※記載欄が  
本欄の金額を様式1-5-1の別表の分娩取扱件数の欄に  
記入  
（複数のパターンがある場合は、すべてのパターンの合計

本欄の金額を様式1-5-1の分娩取扱件数の(D)～(F)欄に記入  
（複数のパターンがある場合は、すべてのパターンの合計を様式1-  
5-1に記入）

## 2 手当支給根拠(該当部分抜粋)

都道府県名:愛知県

医療機関・助産所名:

根拠規定の名称:

**交付申請時から分娩手当の支給根拠に変更がある場合のみ提出してください。**

※日付については、変更交付申請様式1-5の日付と同一として原本証明をしてください。

(令和8年3月31日付)

※証明者の押印は不要です。

- ・就業規則、雇用契約等の分娩手当の根拠規定(該当部分)を抜粋して記載すること。
- ・上表に抜粋して記載した手当の支給根拠の全体版を別途添付すること。
- ・変更交付申請時は、交付申請書提出時から根拠規定に変更があった場合のみ、変更したか所に下線を付して提出すること。

# 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 〇〇〇, 〇〇〇	産科医等確保支援事業費補助金
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">                     このような区分がない場合、記入は不要です。                 </div>						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                         別紙様式1-5の申請額、様式1-5-1の補助所要額(H)と同額です。                     </div>						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                         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。                     </div>						
			〇〇〇補助金		〇, 〇〇〇, 〇〇〇	うち、産科医等確保支援事業費補助金 ●●●, ●●●●
					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	
			円	給与	円 △△△, △△△	うち、産科医給与 (〇人) うち、助産師給与 (〇人)
				手当	▽▽▽, ▽▽▽	うち、産科医分娩手当 (〇人) うち、助産師分娩手当 (〇人)
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                         産科医及び助産師の給与と手当の合計は様式1-5-1の総事業費(A)と同額。                     </div>						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                         ①と②の合計は、様式1-5-1の(D)欄(対象経費の支出予定額)と同額。                     </div>						
<div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;">                         ① ▼▼▼, ▼▼▼ ② ◆◆◆, ◆◆◆                     </div>						

原本と相違ないことを証明します。

令和8年3月31日

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: 医療法人〇〇会  
理事長 □□ □□