

実績報告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。
- ・ 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。
- ・ 実績報告書の様式については、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、もしくは本手引きと合わせて送付している様式を御使用ください。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
（産科医等支援事業費補助金 担当）
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、

実績報告書（別紙様式2）	3月31日から4月3日の間
歳入歳出決算書（抄本）	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。

【全補助事業者提出書類】

(別紙様式2 (産科医等支援事業費補助

必ず令和8年3月31日～令和8年4月3日の間の日付にしてください。

番 号
令和8年4月3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

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実績報告について

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて報告します。

記

- 1 補助金精算額 金 下記参照 円
- 2 所要額精算書及び事業実績報告書
—(1) 産科医等確保支援事業(様式2-1)—
—(2) 新生児医療担当医確保支援事業(様式2-2)—
—(3) 産科医等育成支援事業(様式2-3)—
(4) 帝王切開術医師支援事業(様式2-4)
- 3 添付書類
(1) 当該事業に係る歳入歳出決算(見込)書
(2) その他参考資料

【補助金精算額について】

下記の額を記載してください。

- 変更交付申請書を提出した場合
変更交付申請書(様式1-5)の変更申請額(Ⓐの額)
- 変更交付申請書を提出していない場合
当初の申請額(補助所要額H)

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 □□ □□
院合医 、診療 所、療 助所、所 産設の 場病 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 □□ □□

令和7年度 帝王切開術医師支援事業費所要額精算書

【全補助事業者提出書類】
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)	対象経費の支出済額 (D)	基準額 (E)	選定額 (F)	補助基本額 (G)	補助所要額 (H)	補助交付決定額 (I)	補助受入額 (J)	差引過不足額 (I)-(J)=(K)	備考
円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	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同等の額の計と同額)	【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。該当なければ0円と記載。	(A)-(B)	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	基準額: 帝王切開実施件数×単価(10,000円 or 20,000円)	(D)と(E)のいずれか低い額	(C)と(F)のいずれか低い額	(G)×1/3 (1,000円未満切り捨て)	下記参照	「0」と記入してください	(I)-(J)	

- (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。

別表1

支給対象医師氏名	常勤・非常勤の別	帝王切開術延べ従事回数	給与・報償費支給総額	備考
●●● ○○ ○○○	常勤 非常勤	○ ○	○○○○ ○○○○	
合計			○○○○○	

- (注) 1 帝王切開術に従事した医師は全て記載すること。(常勤・非常勤を問わない)
 2 「給与・報償費支給総額」の合計と「対象経費の支出済額(D)」欄が一致すること。
 3 記載欄が不足する場合は、適宜追加すること。

別表2

帝王切開術実施件数	(内訳)帝王切開に従事した医師人数別の件数	
	1人	2人以上
○	○	○

- (注) 1 「帝王切開術実施件数」欄には、当該年度の実績数を記入すること。
 2 「(内訳)帝王切開に従事した医師人数別の件数」欄には、「帝王切開術実施件数」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った場合は「1人」欄に、医師が2人以上で行った場合は「2人以上」欄に、それぞれ記入すること。
 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。

【(I)補助交付決定額について】
下記の額を記載してください。

- 変更交付申請書を提出した場合
→変更交付申請書の申請額
- 変更交付申請書を提出していない場合
→当初申請時の申請額(補助所要額)

**【全補助事業者提出書類】
記入例(帝王切開術医師支援事業)**

令和7年度歳入歳出決算(見込)書(抄本)

歳 入

款	項	目	予算現額	節		説 明
				区分	金額	
			円		円	
				県補助金	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2の補助金精算額、様式2-4の補助交付決定額(I)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	
			円		円	
				給与	△△△, △△△	うち、産科医給与(〇人) うち、麻酔医師給与(〇人)
				手当	▽▽▽, ▽▽▽	うち、産科医手当(〇人) うち、麻酔医師手当(〇人)

原本と相違ないことを証明します。

令和8年4月3日

R8.3.31から様式2の日付の間の日付を記載してください。

補助事業者名

押印は不要です

(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
- 必ず実績報告書と同様に記入してください。
例: 医療法人〇〇会

<参考：請求書様式>

誤記が生じた場合は、新しい用紙に書き直してください

請求書

別紙様式2の補助金精算額、別紙様式2-4の補助交付決定額（I）と同額です。

金〇〇〇, 〇〇〇円

令和7年度産科医等支援事業費補助金（帝王切開術医師支援事業分）に係る経費について

上記の金額を請求します。

年 月 日

請求書の日付は空欄にしてください。

住所：
法人名等：
代表者名：

住所、法人名、施設名、代表者職名・氏名等は、交付申請書と同様に記入してください。

押印は不要です

振込先、口座番号、名義は正しく記載してください。

【1事業者でも誤りがあると、全ての補助事業者に対して支払い手続きができません。】

金融機関：
口座番号：普通・当座
名義：

【御注意】

下記に該当する補助事業者様は届出書を御提出下さい。

- ・以前補助を受けた補助事業者様：振込先、口座番号、名義等に変更がある場合のみ提出
- ・今年初めて補助を受け、原本未提出の補助事業者様

【全補助事業者提出書類】

(別紙様式3 (産科医等支援事業費補助金))

番 号

年 月 日

愛知県知事 殿

記入した日付(別紙様式2と同じ日またはそれ以降の日)を記入してください。

(住所)

補助事業者名

令和7年度消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額の報告について

令和 年 月 日付で交付決定を受け
下記のとおり報告します。

別紙様式2の補助金精算額、様式
2-4の補助交付決定額(I)、請
求書の金額と同じ。

について、

1 愛知県補助金等交付規則(令和55年規則第8号)第14条に基づく額の確定額
金 円

2 消費税及び地方消費税の申告に
控除税額

(要補助金返還相当額)

金 円

3 添付書類

2の金額の積算内訳等の参考資料

・補助対象経費がすべて人件費等の不課税仕入に該当する
場合は、0円と御記入ください。

・「仕入控除税額が0円」となる具体的事例は、09【記載
例】消費税仕入控除(参考資料)を御参照ください。

0円の場合でも

提出してください。

【全補助事業者提出書類】

記入例

返納がない場合（仕入控除税額がない場合）の記入例

※仕入控除税額がある場合で、記入例が必要な方は、ご連絡ください。

(参考資料)

1 施設名

〇〇病院

2 開設者氏名

医療法人〇〇会 理事長 〇〇〇〇

3 施設の所在地

〇〇市△△町1丁目

4 補助事業名

帝王切開術医師支援事業費補助金

5 補助金確定額

〇, 〇〇〇, 〇〇〇円

別紙様式2の補助金精算額、様式2-4の補助交付決定額(I)、請求書の金額を記入してください。

6 仕入控除税額の概要

補助対象経費がすべて人件費等の非課税仕入に該当するため、補助金に係る消費税及び地方消費税の仕入控除税額がない。

他に、

- ・特定収入割合が5%を超えるため、補助金に係る消費税及び地方消費税の仕入控除税額がない。
 - ・簡易課税方式により申告したため、補助金に係る消費税及び地方消費税の仕入控除税額がない。
 - ・仕入控除税額の計算を個別対応方式により行い、かつ、補助金の使途がすべて「非課税売上のみ要する課税仕入」に該当するため、補助金に係る消費税及び地方消費税の仕入控除税額がない。
 - ・消費税の申告義務がないため、補助金に係る消費税及び地方消費税の仕入控除税額がない。
- など、該当するものを記入してください。

※ 仕入控除税額があり、記入例が必要な場合はご連絡ください。
→例：【人材派遣会社への支払い】【業務委託先への委託料】等