

静岡県医療機関等職場環境整備等事業費補助金交付申請書

文書番号を採番していない場合は不要です→ 第 号

令和7年〇月〇日

静岡県知事 鈴木 康友 様

法人の所在地 ○○市○○○○○

個人事業主の場合、屋号→ 法 人 名 ○○○○病院

代表者職・氏名 理事長 ○○○○

令和7年度において静岡県医療機関等職場環境整備等事業を実施したいので、補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

なお、交付決定の上は、概算払されるよう併せて申請します。

1 交付申請額 〇〇〇〇〇〇〇〇 円

2 概算払の承認申請

(1) 金額 ○○○○○○○○ 円 ←交付申請額と同額

(2) 理由 資金繰りが困難なため ← (例)

(3) 時期 令和7年8月 ← 7月11日までに申請の場合は8月、7月14日から8月1日に申請の場合は9月、8月4日から8月29日までに申請の場合は10月と記載

口座振替先 金融機関名 ○○銀行 ↑事務局から別途指示があった場合はこの限りでない

支店名 ○○支店

口座種別	普通口座
------	------

口座番号 ○○○○○○○○

口座名義人（力ナ） ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○

(注1) 以下の項目についても記載すること。

責任者 職・氏名 ○○病院理事長・○○○○○

作成者 職・氏名 ○○病院○○課係長・○○○○

(注2) 次の書類を添付すること

事業計画書（様式第2号）

3 交付申請に関する誓約事項

(1) 本補助金交付要綱に定めのある交付の条件を満たしていることを誓約します。

(2) 本補助金に関する報告や調査について、厚生労働省又は都道府県から求められた場合には、これに応じます。

(3) 本補助金の交付後、本補助金交付要綱に定めのある返還事由に該当した場合は補助金の全額を返還します。

資 金 状 況 調 べ

区 分 ※3 月別	収 入			支 出			差 引 残 高 ※2
	補助金	自己負担金 (例)	計 ※2	(例) ICT機器等 の導入 設備導入費	(例) 人件費 タスクシフト・賃上げ	計 ※2	
R6 11月	円 0	円 2,000,000	円 2,000,000	円 2,000,000	円 0	円 2,000,000	円 0
12月	0	0	0	0	0	0	0
R7 1月	0	0	0	0	0	0	0
2月	0	0	0	0	0	0	0
3月	0	0	0	0	0	0	0
4月	0	0	0	0	0	0	0
5月	0	0	0	0	0	0	0
6月	0	0	0	0	3,000,000	3,000,000	-3,000,000
7月	0	0	0	0	0	0	-3,000,000
8月	※1 8,000,000	0	8,000,000	0	0	0	5,000,000
9月	0	0	0	0	0	0	5,000,000
10月	0	0	0	5,000,000	0	5,000,000	0
計	8,000,000	2,000,000	10,000,000	7,000,000	3,000,000	10,000,000	0

(注) 未経過の月分については、見込額を計上すること。

- ※1 様式第1号中「2 概算払の承認申請」の(1)金額、(3)時期と合致していること
 ※2 収入計、支出計、差引残高欄の記載漏れがないようにすること
 ※3 R6.4～R8.3の間で本事業を開始した(物品を契約)月から終了する月までについて作成すること
 (必要に応じ行数を追加したり、2枚目を作成すること)

静岡県医療機関等職場環境整備等事業計画変更承認申請書

文書番号を採番していない場合は不要です→ 第 号

令和7年〇月〇日

静岡県知事 鈴木 康友 様

法人の所在地 〇〇市〇〇〇〇〇

個人事業主の場合、屋号→法 人 名 〇〇〇〇病院

代表者職・氏名 理事長 〇〇〇〇

令和7年〇月〇日付け医地第〇〇号により補助金の交付の決定を受けた静岡県医療機関等職場環境整備等事業の計画を次のとおり変更したいので、承認されるよう関係書類を添えて申請します。

1 計画変更の理由

当初予定していたICT機器の購入台数に変更が生じたため ←（例）

2 変更の内容

タブレット端末（iPad Air）30台購入から20台購入に変更 ←（例）

3 変更金額

変更前…〇〇〇〇〇〇〇円

変更後…〇〇〇〇〇〇〇円

（注1）以下の項目についても記載すること。

責任者 職・氏名 〇〇病院理事長・〇〇〇〇

作成者 職・氏名 〇〇病院〇〇課係長・〇〇〇〇

（注2）次の書類を添付すること

事業計画書（様式第2号）

実 績 報 告 書

文書番号を採番していない場合は不要です→ 第 号

令和7年〇月〇日

静岡県知事 鈴木 康友 様

法人の所在地 〇〇市〇〇〇〇〇

個人事業主の場合、屋号→法 人 名 〇〇〇〇病院

代表者職・氏名 理事長 〇〇〇〇

令和7年〇月〇日付け医地第〇〇号により補助金交付の決定を受けた静岡県医療機関等職場環境整備等事業が完了したので、関係書類を添えて報告します。

（注1）以下の項目についても記載すること。

責任者 職・氏名 〇〇病院理事長・〇〇〇〇

作成者 職・氏名 〇〇病院〇〇課係長・〇〇〇〇

（注2）次の書類を添付すること

実績報告書（様式第6号）

口座振替先 金融機関名 ○○銀行
支店名 ○○支店
口座種別 普通口座
口座番号 ○○○○
口座名義人（カナ）

消費税仕入控除税額等報告書

文書番号を採番していない場合は不要です→ 第 号
令和〇年〇月〇日

静岡県知事 鈴木 康友 様

法人の所在地 〇〇市〇〇〇〇〇
個人事業主の場合、屋号→ 法 人 名 〇〇〇〇病院
代表者職・氏名 理事長 〇〇〇〇

↓ 交付決定通知書の番号

令和 7 年 〇 月 〇 日付け 医地 第 〇〇 号により補助金の交付の決定を受けた静岡県医療機関等職場環境整備等事業の補助金に係る消費税仕入控除税額等が確定したので、次のとおり報告します。

- 1

補助金の確定額

↓ 交付決定通知書の番号

金

〇〇〇〇〇〇〇 円

(令和 7 年 〇 月 〇 日付け 医地 第 〇〇 号による額の確定通知額)
- 2

補助金の交付の申請時及び実績報告時に減額した消費税仕入控除税額等

金

〇〇〇〇〇〇〇 円
- 3

消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税仕入控除税額等

金

〇〇〇〇〇〇〇 円
- 4

補助金返還相当額（3 の額から 2 の額を差し引いた額）

金

〇〇〇〇〇〇〇 円

5 添付書類

記載内容を確認するための書類（確定申告書の写し、課税売上割合等が把握できる資料、特定収入の割合を確認できる資料）を添付する。

(注) 以下の項目についても記載すること。

責任者 職・氏名 〇〇病院理事長・〇〇〇〇
作成者 職・氏名 〇〇病院〇〇課係長・〇〇〇〇