規則別記様式第１号

番　　　　　　号

令和　年　月　日

　山形県知事　殿

医療機関（施設）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関（施設）所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人の場合は、名称及び代表者の職氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人の場合は、主たる事務所の所在地）

令和７年度山形県在宅医療提供体制確保事業費補助金交付申請書

　令和７年度において、山形県在宅医療提供体制確保事業について、標記補助金　　　　　円を交付されるよう、山形県補助金等の適正化に関する規則第５条の規定により関係書類を添付して申請する。

（添付書類）

１　事業計画書（様式第１号）

２　収支予算書（様式第２号）

３　整備する医療機器等の見積書及びパンフレット等の写し

４　その他知事が必要と認める書類

規則別記様式第２号

番　　　　　　号

令和　年　月　日

　山形県知事　殿

医療機関（施設）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関（施設）所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人の場合は、名称及び代表者の職氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人の場合は、主たる事務所の所在地）

令和７年度山形県在宅医療提供体制確保事業実績報告書

令和　年　　月　　日付け医政第　　号をもって補助金の交付の決定の通知があった標記補助事業について、山形県補助金等の適正化に関する規則第14条の規定により、その実績を関係書類を添付して報告する。

（添付書類）

１　事業実績書（様式第７号）

２　収支精算書（様式第８号）

３　整備した医療機器等の写真、契約書及び納品書の写し等

４　その他知事が必要と認める書類

様式第１号

令和７年度山形県在宅医療提供体制確保事業　事業計画書

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 担当者　職・　　氏　名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業名 | 区分 | 総事業費  （Ａ） | 補助対象経費  （Ｂ） | 基準額  （Ｃ） | 選定額  （Ｄ） | 補助率  （Ｅ） | 県補助金  （Ｆ） |
| 山形県在宅医療提供体制確保事業 | 要綱第２条第１号イからハまでに掲げる医療機関 |  |  | 1,000,000 |  | 1/2 |  |
| 要綱第２条第１号ニに掲げる医療機関 |  |  | 500,000 |  | 1/2 |  |
| 要綱第２条第２号に掲げる訪問看護ステーション |  |  | 500,000 |  | 1/2 |  |

　（注）※１　（Ｄ）の「選定額」の欄は、（Ｂ）と（Ｃ）を比較し少ない方の額を記載してください。

　　　　※２　（Ｆ）の「県補助金」の欄は、（Ｄ）の選定額に（Ｅ）の補助率を乗じて得た額（千円未満切り捨て）を記載してください。

様式第１号　別紙（１）新たに在宅医療に取り組む医療機関

令和７年度山形県在宅医療提供体制確保事業　事業計画内訳

１　現状及び取組計画（目標）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①在宅医療の開始予定時期　※当補助金を活用してから半年以内の開始を想定  　令和　　年　　月  ②訪問診療の実施計画（目標）【要綱第２条関係】   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 期間 | 訪問診療の  延実施件数 | 患者実人数 | 人員体制 | 訪問診療を  行う日時 | | 令和７年度（見込み） | 件/月 | 人/月 | 医師　　　　人  看護師　　　人  他（　　　）人 | 毎週○曜日  ○時～○時 | | 令和８年度（目標） | 件/月 | 人/月 | 医師　　　　人  看護師　　　人  他（　　　）人 | 毎週○曜日  ○時～○時 | | 令和９年度（目標） | 件/月 | 人/月 | 医師　　　　人  看護師　　　人  他（　　　）人 | 毎週○曜日  ○時～○時 |   ③医療情報ネットへの登録・更新【要綱第６条５(2)関係】   |  |  | | --- | --- | |  | 在宅医療の取組状況を、医療情報ネットに登録・更新した |   ※登録・更新後に○を付けてください |

２　整備する医療機器等の内容

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品名 | 規格・型式 | 単価  (円・税抜) | 数量 | 購入金額  (円・税抜) | 購入時期  （予定） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 合計 | ― | ― | ― |  | ― |

３　整備する医療機器等を必要とする理由とその効果

|  |
| --- |
|  |

様式第１号　別紙（２）取組みを拡充して新たな施設基準を取得する又は取得する計画

のある医療機関

令和７年度山形県在宅医療提供体制確保事業　事業計画内訳

１　現状及び取組計画（目標）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①施設基準の届出時期　※当補助金を活用してから半年以内の届出を想定  　令和　　年　　月  ②届出する施設基準　※該当する施設基準に○を付けてください  ≪現在≫   |  |  | | --- | --- | |  | 届出なし | |  | 機能強化型在宅療養支援診療所又は病院（単独） | |  | 機能強化型在宅療養支援診療所又は病院（連携） | |  | 従来型在宅療養支援診療所又は病院 |   ≪拡充後≫　※従来型⇒機能強化型等への変更についても補助の対象とする   |  |  | | --- | --- | |  | 機能強化型在宅療養支援診療所又は病院（単独） | |  | 機能強化型在宅療養支援診療所又は病院（連携） | |  | 従来型在宅療養支援診療所又は病院 | |  | 在宅療養後方支援病院 |   ③訪問診療の実施計画（目標）【要綱第２条関係】   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 期間 | 訪問診療の  延実施件数 | 患者実人数 | 人員体制 | 訪問診療を  行う日時 | | 令和６年度（実績） | 件/月  ※年間件数÷12 | 人/月  ※年間件数÷12 | 医師　　　　人  看護師　　　人  他（　　　）人 | 毎週○曜日  ○時～○時 | | 令和７年度（見込み） | 件/月 | 人/月 | 医師　　　　人  看護師　　　人  他（　　　）人 | 毎週○曜日  ○時～○時 | | 令和８年度（目標） | 件/月 | 人/月 | 医師　　　　人  看護師　　　人  他（　　　）人 | 毎週○曜日  ○時～○時 | | 令和９年度（目標） | 件/月 | 人/月 | 医師　　　　人  看護師　　　人  他（　　　）人 | 毎週○曜日  ○時～○時 |   ※在宅療養後方支援病院にあっては、後方支援の実施計画（任意項目）を記載してください  ④医療情報ネットへの登録・更新【要綱第６条５(2)関係】   |  |  | | --- | --- | |  | 在宅医療の取組状況を、医療情報ネットに登録・更新した |   ※登録・更新後に○を付けてください |

２　整備する医療機器等の内容

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品名 | 規格・型式 | 単価  (円・税抜) | 数量 | 購入金額  (円・税抜) | 購入時期  （予定） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 合計 | ― | ― | ― |  | ― |

３　整備する医療機器等を必要とする理由とその効果

|  |
| --- |
|  |

様式第１号　別紙（３）取組みを拡充して在宅療養支援診療所又は病院の施設基準と

相当程度の要件を備える又は備える計画のある医療機関

令和７年度山形県在宅医療提供体制確保事業　事業計画内訳

１　現状及び取組計画（目標）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①取組みを拡充する時期　※当補助金を活用してから半年以内の拡充を想定  　令和　　年　　月  ②拡充して備える在宅医療の体制　※該当する項目に○を付けてください  ≪現在≫   |  |  | | --- | --- | |  | 24時間連絡を受ける体制の確保 | |  | 24時間往診が可能（連携する保険医療機関における対応も可） | |  | 24時間訪問看護が可能（連携する訪問看護ステーションによる対応も可） | |  | 緊急時に入院できる病床の確保 | |  | その他（　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |   ≪拡充後≫   |  |  | | --- | --- | |  | 24時間連絡を受ける体制の確保【必須】 | |  | 24時間往診が可能【必須】（連携する保険医療機関における対応も可） | |  | 24時間訪問看護が可能【必須】（連携する訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝによる対応も可） | |  | 緊急時に入院できる病床の確保 | |  | その他（　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |   ③訪問診療の実施計画（目標）【要綱第２条関係】   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 期間 | 訪問診療の  延実施件数 | 患者実人数 | 人員体制 | 訪問診療を  行う日時 | | 令和６年度（実績） | 件/月  ※年間件数÷12 | 人/月  ※年間件数÷12 | 医師　　　　人  看護師　　　人  他（　　　）人 | 毎週○曜日  ○時～○時 | | 令和７年度（見込み） | 件/月 | 人/月 | 医師　　　　人  看護師　　　人  他（　　　）人 | 毎週○曜日  ○時～○時 | | 令和８年度（目標） | 件/月 | 人/月 | 医師　　　　人  看護師　　　人  他（　　　）人 | 毎週○曜日  ○時～○時 | | 令和９年度（目標） | 件/月 | 人/月 | 医師　　　　人  看護師　　　人  他（　　　）人 | 毎週○曜日  ○時～○時 |   ④医療情報ネットへの登録・更新【要綱第６条５(2)関係】   |  |  | | --- | --- | |  | 在宅医療の取組状況を、医療情報ネットに登録・更新した |   ※登録・更新後に○を付けてください |

２　整備する医療機器等の内容

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品名 | 規格・型式 | 単価  (円・税抜) | 数量 | 購入金額  (円・税抜) | 購入時期  （予定） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 合計 | ― | ― | ― |  | ― |

３　整備する医療機器等を必要とする理由とその効果

|  |
| --- |
|  |

様式第１号　別紙（４）取組みを強化して訪問診療の実施件数を前年度より増加させる

計画を策定する医療機関

令和７年度山形県在宅医療提供体制確保事業　事業計画内訳

１　現状及び取組計画（目標）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①取組強化を開始する時期　※当補助金を活用してから半年以内の取組強化を想定  　令和　　年　　月  ②現在の施設基準　※該当する施設基準に○を付けてください   |  |  | | --- | --- | |  | 届出なし | |  | 機能強化型在宅療養支援診療所又は病院（単独） | |  | 機能強化型在宅療養支援診療所又は病院（連携） | |  | 従来型在宅療養支援診療所又は病院 |   ③訪問診療の実施計画（目標）【要綱第２条関係】   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 期間 | 訪問診療の  延実施件数 | 患者実人数 | 人員体制 | 訪問診療を  行う日時 | | 令和６年度（実績） | 件/月  ※年間件数÷12 | 人/月  ※年間件数÷12 | 医師　　　　人  看護師　　　人  他（　　　）人 | 毎週○曜日  ○時～○時 | | 令和７年度（見込み） | 件/月 | 人/月 | 医師　　　　人  看護師　　　人  他（　　　）人 | 毎週○曜日  ○時～○時 | | 令和８年度（目標） | 件/月 | 人/月 | 医師　　　　人  看護師　　　人  他（　　　）人 | 毎週○曜日  ○時～○時 | | 令和９年度（目標） | 件/月 | 人/月 | 医師　　　　人  看護師　　　人  他（　　　）人 | 毎週○曜日  ○時～○時 |   ④医療情報ネットへの登録・更新【要綱第６条５(2)関係】   |  |  | | --- | --- | |  | 在宅医療の取組状況を、医療情報ネットに登録・更新した |   ※登録・更新後に○を付けてください |

２　整備する医療機器等の内容

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品名 | 規格・型式 | 単価  (円・税抜) | 数量 | 購入金額  (円・税抜) | 購入時期  （予定） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 合計 | ― | ― | ― |  | ― |

３　整備する医療機器等を必要とする理由とその効果

|  |
| --- |
|  |

様式第１号　別紙（５）取組みを強化して訪問診療の実施件数を前年度より増加させる

計画を策定する訪問看護ステーション

令和７年度山形県在宅医療提供体制確保事業　事業計画内訳

１　現状及び取組計画（目標）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①取組強化を開始する時期　※当補助金を活用してから半年以内の取組強化を想定  　令和　　年　　月  ②訪問看護の実施計画（目標）【要綱第２条関係】   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 期間 | 訪問看護の  延実施件数 | 患者実人数 | 人員体制 | 訪問看護を  行う日時 | | 令和６年度（実績） | 件/月  ※年間件数÷12 | 人/月  ※年間件数÷12 | 医師　　　　人  看護師　　　人  他（　　　）人 | 毎週○曜日  ○時～○時 | | 令和７年度（見込み） | 件/月 | 人/月 | 医師　　　　人  看護師　　　人  他（　　　）人 | 毎週○曜日  ○時～○時 | | 令和８年度（目標） | 件/月 | 人/月 | 医師　　　　人  看護師　　　人  他（　　　）人 | 毎週○曜日  ○時～○時 | | 令和９年度（目標） | 件/月 | 人/月 | 医師　　　　人  看護師　　　人  他（　　　）人 | 毎週○曜日  ○時～○時 | |

２　整備する医療機器等の内容

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品名 | 規格・型式 | 単価  (円・税抜) | 数量 | 購入金額  (円・税抜) | 購入時期  （予定） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 合計 | ― | ― | ― |  | ― |

３　整備する医療機器等を必要とする理由とその効果

|  |
| --- |
|  |

様式第２号

収支予算書

１　収入の部（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　分 | 予算額 | 備　　考 |
| 県補助金 |  |  |
| 自己資金 |  |  |
| その他（　　　　　　　） |  |  |
| 合　　　計 |  |  |

２　支出の部（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 予算額 | 積　算　内　訳 |
| 医療機器等購入費 |  |  |
| 合　　計 |  |  |

様式第３号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番　　　　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　山形県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者名

令和７年度山形県在宅医療提供体制確保事業計画変更承認申請書

　令和　　年　　月　　日付け医政第　　号で補助金の交付決定の通知があった標記補助事業について、下記により事業計画を変更し（、補助金　　　　円の追加交付（減額承認）を受け）たいので、山形県補助金等の適正化に関する規則第７条第１項第１号の規定により承認されるよう関係書類を添付して申請する。

記

１　変更の理由

２　変更の内容

様式第４号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番　　　　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　山形県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者名

令和７年度山形県在宅医療提供体制確保事業中止（廃止）承認申請書

　令和　　年　　月　　日付け医政第　　号で補助金の交付決定の通知があった標記補助事業について、下記のとおり中止（廃止）したいので、山形県補助金等の適正化に関する規則第７条第１項第１号の規定により承認されるよう申請する。

記

　１　中止（廃止）の理由

　２　中止（廃止）の時期

様式第５号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番　　　　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　山形県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者名

令和７年度山形県在宅医療提供体制確保事業遅延等報告書

　令和　　年　　月　　日付け医政第　　号で補助金の交付決定の通知があった標記補助事業について、山形県補助金等の適正化に関する規則第７条第１項第２号の規定により指示を受けたいので、下記のとおり報告する。

記

１　予定の期間内に完了しない（遂行が困難となった）理由

２　事業の遂行状況と今後の見通し

様式第６号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番　　　　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　山形県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者名

令和７年度山形県在宅医療提供体制確保事業在宅医療取組状況報告書

　令和　　年　　月　　日付け医政第　　号で補助金の交付決定の通知があった標記補助事業について、在宅医療の取組状況を下記のとおり報告する。

記

１　令和　年度における訪問診療等の実績

※「様式第１号別紙」に記載した各年度の目標値を踏まえ記載

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 期間 | 訪問診療  （訪問看護）の延実施件数 | 患者実人数 | 人員体制 | 訪問診療  （訪問看護）を行う日時 |
| 令和７年度  （実績） | 件/月  ※年間件数÷12 | 人/月  ※年間件数÷12 | 医師　　　　人  看護師　　　人  他（　　　）人 | 毎週○曜日  ○時～○時 |
| 令和８年度  （実績） | 件/月  ※年間件数÷12 | 人/月  ※年間件数÷12 | 医師　　　　人  看護師　　　人  他（　　　）人 | 毎週○曜日  ○時～○時 |
| 令和９年度  （実績） | 件/月  ※年間件数÷12 | 人/月  ※年間件数÷12 | 医師　　　　人  看護師　　　人  他（　　　）人 | 毎週○曜日  ○時～○時 |

２　今後の取組予定

|  |
| --- |
|  |

様式第７号

令和７年度山形県在宅医療提供体制確保事業　事業実績書

１　事業実績

（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業名 | 区分 | 総事業費 | 補助対象経費 | 基準額 | 選定額 | 補助率 | 県補助金 |
| 山形県在宅医療提供体制確保事業 | 要綱第２条第１号イからハまでに掲げる医療機関 |  |  | 1,000,000 |  | 1/2 |  |
| 要綱第２条第１号ニに掲げる医療機関 |  |  | 500,000 |  | 1/2 |  |
| 要綱第２条第２号に掲げる訪問看護ステーション |  |  | 500,000 |  | 1/2 |  |

２　「様式第１号別紙」１の①を実施した時期

|  |
| --- |
| 令和　　年　　月 |

３　整備した医療機器等の内容

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品名 | 規格・型式 | 単価(円・税抜) | 個数 | 購入金額(円・税抜) | 購入時期 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 合計 | ― | ― | ― |  | ― |

４　整備した医療機器等の効果（事業成果）

|  |
| --- |
|  |

様式第８号

収支精算書

１　収入の部（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　分 | 精算額 | 備　　考 |
| 県補助金 |  |  |
| 自己資金 |  |  |
| その他（　　　　　　　） |  |  |
| 合　　　計 |  |  |

２　支出の部（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 精算額 | 積　算　内　訳 |
| 医療機器等購入費 |  |  |
| 合　　計 |  |  |

様式第９号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番　　　　　　号

令和　年　月　日

　山形県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者名

　　　 令和７年度山形県在宅医療提供体制確保事業費補助金に係る消費税等仕入

控除税額報告書

　令和　年　月　日付け医政第　　号で交付決定の通知があった標記補助金について、令和７年度山形県在宅医療提供体制確保事業費補助金交付要綱第８条第３号の規定により下記のとおり報告する。

記

１　規則第15条の補助金の額の確定額　　　　　　　　　　　　　　　　金　　　　　円

　　（令和　年　月　日付け医政第　　号による額の確定通知額）

２　補助金の確定時に減額した消費税等仕入控除税額　　　　　　　　　金　　　　　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等仕入控除税額　金　　　　　円

４　補助金返還相当額（３－２）　　　　　　　　　　　　　　　　　　金　　　　　円

（注）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）を添付すること。

様式第10号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番　　　　　　号

令和　年　月　日

　山形県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者名

　　　　　令和７年度山形県在宅医療提供体制確保事業費補助金概算払請求書

　令和　年　月　日付け医政第　　号で交付決定の通知があった標記補助金について、下記のとおり概算払により交付されるよう請求する。

記

１　概算払を必要とする理由

２　概算払請求額

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 既交付決定額  (A) | 既受領額  (B) | 今回請求額  (C) | 残額  (A)-(B)-(C) | 備考 |
| 円 | 円 | 円 | 円 |  |

３　振込先（県に債権者登録を行っている場合は、債権者登録コードのみ記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 債権者登録コード |  |
| 金融機関名 |  |
| 店舗名 |  |
| 預金種別 | 普通・当座・その他（　　　） |
| 口座番号 |  |
| （カナ） |  |
| 口座名義人 |  |

４　発行責任者等

　　発行責任者　（職・　　氏　名　　）　（連絡先：　　　　　　　　　　　）

　　担当者　　　（職・　　氏　名　　）　（連絡先：　　　　　　　　　　　）

様式第11号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番　　　　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　山形県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者名

財産処分承認申請書

　令和　　年　　月　　日付け医政第　　号で交付決定の通知があった山形県在宅医療提供体制確保事業費補助金について、補助事業により取得した（効用の増加した）財産を下記のとおり処分したいので、山形県補助金等の適正化に関する規則第22条の規定により承認されるよう申請する。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品名 | 数量 | 取得内容 | | | | 耐用年数 | 処分理由 | 備考 |
| 単価 | 金額 | 年月日 | 購入先 |
|  |  | 円 | 円 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（注）１　備考欄には、処分予定（金額、月日、処分先、方法）等を記載すること。

　　　２　機械及び器具の見積書及び写真を添付すること。