

事業計画書

※制度利用女性医師1名ごとに記載してください。

医療機関名

| | | |
|-------------------------------|--|--|
| 制度利用女性医師 氏名・年齢 | (歳) | |
| 診療科 | | |
| 制度利用女性医師の 就業状況 (※該当に○印) | 休職中 (理由:) | |
| | 離職中 (理由:) | |
| | 就業中 (フルタイム勤務) | |
| | 就業中 (短時間勤務) | |
| 取組内容 (該当に○印) | 復職・再研修・キャリアアップを支援する県内外の研修会への参加支援 | |
| | (復職先 ・ 再研修先 ・ キャリアアップ支援先 ※いずれかに○印) として貴院が取り組む 再教育・再研修・キャリアアップへの支援 | |
| | その他女性医師の復職・再研修・キャリアアップに係る取組 | |
| 取組内容の詳細 | <p><u>詳細</u> ※研修に参加した場合、研修会名、日時、場所、支援内容等詳細を具体的にご記入ください（概要が分かる資料を別でご提出いただいても構いません）。</p> | |

様式第2号（第8条、第12条、第14条関係）

収支予算（決算）書

1 収入の部

（単位：円）

| 科目 | | 備考 |
|-------|--|----|
| 県補助額 | | |
| 寄附金 | | |
| その他収入 | | |
| 自己資金 | | |
| 計 | | |

2 支出の部

| 科目 | | 内訳 |
|-------------------------|--|----|
| 報償費 （指導医の謝金等） | | |
| 旅費 | | |
| 役務費 （受講料、 通信運搬費等） | | |
| 使用料及び賃借料 | | |
| 図書購入費 | | |
| 計 | | |

※内訳には、単価・人数・日数等を記載すること。

補助対象経費算定（実績）書

（単位：円）

| 事業区分 | 総事業費 A | 寄附金 その他の 収入額 B | 差引事業費 C = A - B | 基準額 D | 対象経費の 支出予定額 E | 選定額 F | 補助率 | 補助所要額 (千円未満切捨) F × 1/2 | 備考 |
|-------------------------------------|-----------|-------------------------|--------------------|----------|---------------------|----------|-----|------------------------------|----|
| 女性医師 復職・再研修・ キャリアアップ 支援補助金 | | | | | | | | | |

注 F欄には、D欄の金額とE欄の金額とを比較して少ない方の金額と、C欄を比較して少ない方の金額を記入すること。

特別徴収実施確認・開始誓約書

年 月 日

所在地

医療機関名

代表者職・氏名

チェック欄（いずれかに該当する項目（□）にチェックを入れてください。）

1 領収証書の写し添付

- 当事業所は、現在 市（町・村）の特別徴収義務者の指定を受け、従業員等の個人住民税について、特別徴収を実施し納付しています。

→ 6か月以内の領収証書の写しを添付してください。

2 添付する領収証書の写しがない場合等

(1) 特別徴収実施確認

- 当事業所は、現在 市（町・村）の特別徴収義務者の指定を受け、従業員等の個人住民税について、特別徴収を実施しています。

→ 市町村の確認印を受けてください。

(2) 特別徴収義務がない

- 当事業所は、特別徴収義務のない事業所です。

→ 市町村の確認印を受けてください。

(3) 開始誓約

- 当事業所は、年 月から、従業員等の個人住民税について、特別徴収を開始することを誓約します。

つきましては、特別徴収税額の決定通知書を当社（者）あてに送付してください。

→ 市町村の確認印を受けてください。

| |
|-----------|
| 市（町・村）確認印 |
| |

誓約書

年 月 日

所在地

医療機関名

フリガナ

代表者職・氏名

生年月日 年 月 日（性別）

私は、女性医師復職・再研修・キャリアアップ支援補助金の交付申請を行うに当たり、次の事項について誓約します。

自己及び当該事業の実施主体の構成員等は、次の各号のいずれにも該当しません。

また、次の各号に掲げる者が、運営に実質的に関与している法人又は団体ではありません。

ア 暴力団

イ 暴力団員

ウ 暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者

様式第6号（第12条関係）

文 書 番 号
年 月 日

宮崎県知事

様

所 在 地
医療機関名
代表者職・氏名

女性医師復職・再研修・キャリアアップ支援補助事業
変更（中止・廃止）承認申請書

年 月 日付け24060ー により補助金交付決定のあった
年度女性医師復職・再研修・キャリアアップ支援補助事業の実施について、別紙の理由により、変更（中止・廃止）の承認を受けたいので申請します。

請 求 書

金 _____ 円

但し、 _____ 年度女性医師復職・再研修・キャリアアップ支援補助金として、上記のとおり請求します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

宮崎県知事 殿

住 所

法 人 名

医療機関名

代 表 者
職 ・ 氏 名

納付先

| | | |
|---------|----|----|
| 金融機関の名称 | 銀行 | 支店 |
| 預金の種類 | | |
| 口座番号 | | |
| フリガナ | | |
| 口座名義 | | |

| | |
|-----|--|
| 担当者 | |
| 連絡先 | |

文 書 番 号
年 月 日

宮崎県知事 殿

所 在 地
医療機関名
代表者職・氏名

消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

女性医師復職・再研修・キャリアアップ支援補助金交付要綱に基づく令和 年度女性医師復職・再研修・キャリアアップ支援補助金について、女性医師復職・再研修・キャリアアップ支援補助金交付要綱第14条第3項の規定に基づき、下記のとおり報告します。

記

1 事業区分及び施設の名称

2 補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律（昭和30年法律第179号）
第15条の規定による確定額又は事業実績報告による精算額

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及び地方消費税に係る仕入
控除税額（要返納相当額）

金 _____ 円

4 添付書類

3の消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額の積算内訳等

文 書 番 号
年 月 日

宮崎県知事 殿

所 在 地
医療機関名
代表者職・氏名

女性医師復職・再研修・キャリアアップ支援補助金交付申請書

女性医師復職・再研修・キャリアアップ支援補助金交付要綱に基づく女性医師復職・再研修・キャリアアップ支援補助金については、円を交付されるよう第8条の規定により、関係書類を添えて申請する。

添付書類

- 1 事業計画書（別記様式第1号）
- 2 収支予算書（別記様式第2号）
- 3 補助対象経費算定書（別記様式第3号）
- 4 県税に未納がないことの証明書
- 5 特別徴収実施確認・開始誓約書（別記様式第4号）
- 6 誓約書（別記様式第5号）
- 7 その他知事が必要と認めるもの

文 書 番 号
年 月 日

宮崎県知事 殿

所 在 地
医療機関名
代表者職・氏名

女性医師復職・再研修・キャリアアップ支援補助事業実績報告書

女性医師復職・再研修・キャリアアップ支援補助金交付要綱に基づく女性医師復職・再研修・キャリアアップ支援補助事業の実績について、第14条の規定により、関係書類を添えて報告する。

添付書類

- 1 事業実績書（別記様式第8号）
- 2 収支決算書（別記様式第2号）
- 3 補助対象経費実績書（別記様式第3号）
- 4 その他知事が必要と認めるもの