

記載例

申請時

令和 7 年 7 月 31 日

宮 崎 県 知 事 殿

〒 880-0805

住所 宮崎市橘通東〇-〇-〇

氏名 〇〇歯科医院

院長 宮崎 太郎

在宅歯科医療推進設備整備事業補助金交付申請書

在宅歯科医療推進設備整備事業補助金交付要綱に基づく、令和 7 年度在宅歯科医療推進設備整備事業補助金については 1, 9 8 7, 0 0 0 円を交付されるよう補助金等の交付に関する規則（昭和 39 年宮崎県規則第 49 号）第 3 条第 1 号及び第 2 号の様式並びに同条第 4 号の規定により、関係書類を添えて申請します。

1 添付書類

- (1) 事業計画書（別記様式第 1 号）
- (2) 経費所要額調書（別記様式第 2 号）
- (3) 収支予算書（別記様式第 3 号）
- (4) 第 2 条第 2 号に係る納税証明書
- (5) 第 2 条第 4 号に係る誓約書（別記様式第 5 号）
- (6) 見積書
- (7) 購入機器等の仕様書又はカタログ等その他参考となるもの

法人の場合、(4)として、特別徴収実施確認・開始誓約書（別記様式第 4 号）を添付する。
以下、番号ずれ。

2 本件担当者氏名等

担当者氏名 宮崎 太郎

電話番号 0985-26-〇〇〇〇

電子メール taro-〇〇@〇〇.〇〇.jp

事業計画書

歯科医療機関名、肩書、
開設者を記載

申請者（〇〇歯科医院 院長 宮崎 太郎）

1 実施計画

在宅歯科診療 実施計画	現在の状況（事業実施以前）	次年度以降（事業実施後）
	1 月あたり <u>10</u> 件	1 月あたり <u>15</u> 件

中山間地域（※）の患者の診療の計画（実績）の有無（有 / 無）

※「中山間地域」とは、宮崎県中山間地域振興条例（平成 23 年条例第 20 号）第 2 条に定める区域とする。

2 医療機器等整備内訳

対象経費（消費税を含まない
額）を記載してください。

商品名を記
載してくだ
さい。

品目	銘柄	規格	数量	単価	金額	納品時期	備考
(区分)在宅歯科 医療推進事業 ポータブルユニッ ト	(株)〇〇 〇〇	A1234567	1	円 1,004,400	円 1,004,400	R7.12	
〇〇〇〇 ポータブルレント ゲン ××××	××××	BCDE-〇〇	1	477,360	477,360	R7.12	
					小計 1,481,760		
(区分) 在宅歯科医療基 盤整備事業 訪問診療車 (車名)△△△△	(株)△△ △	(車両型式を 記載してくだ さい。)	1	1,600,000	1,600,000	R7.12	
合 計					3,081,760		

区分ごとに合計
がわかるように
してください。

3 整備を必要とする理由

整備を必要とする理由を実態
に沿って記入してください。

【例】（初年度）（交付要綱第 2 条（1）ア） 〇〇市及び当院近隣地域において、在宅歯科診療が行き届いておらず、高齢者や通院困難な方々のために在宅歯科訪問を実施する必要性があるため。 【例】（地域拡充の場合（2 年度目以降））（交付要綱第 2 条（1）イ） 現在、在宅歯科診療を行っていない地域からも在宅歯科診療の要望が多いことから、地域拡充にあたり、複数体制で対応することとし、在宅歯科診療の効率化を図るため、新たに機器が必要となったため。

※別表（第 3 条関係）⑦その他（個別協議による）に該当する機器を購入する場合は、該当機器の購入が必要な理由を明記すること。

様式第2号（第5条関係）

別表第1欄の対象経費に
当てはまる額を記載する。経費所要額調書
消費税は含まない。

機器購入にあたり、補助対象経費の金額
が区分ごとに30%以上増減する場合には、
変更申請が必要です（交付要綱第8
条、第9条）。その際はご相談ください。

歯科医療機関名、肩書、
開設者を記載

（申請者 ○○歯科医院 院長 宮崎 太郎）
（単位：円）

区 分	(A) 総事業費	(B) 寄付金その他 の 収入額	(C) 差 引 額 (A)－(B)	(D) 対象経費の 支出予定額	(E) 基準額	(F) 選定額	(G) 県費補助 基 本 額	(H) 県費補助 所 要 額 (G)×2/3
在宅歯科医療 推進事業	1,481,760	0	1,481,760	1,481,760	1,500,000	1,481,760	1,481,760	987,000
在宅歯科医療 基盤整備事業	1,600,000	0	1,600,000	1,600,000	1,500,000	1,500,000	1,500,000	1,000,000
合 計	3,081,760	0	3,081,760					1,987,000

- （注） 1 （F）「選定額」欄には、（D）と（E）を比較して少ない方の金額を記入すること。
2 （G）「県補助基本額」欄には、（C）と（F）を比較して少ない方の金額を記入すること。
3 （H）「県費補助所要額」欄には、（G）欄に記入した金額に3分の2を乗じて得た金額を記入すること。ただし、1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てること。

対象経費（消費税を含まない額）を記載してください。

収支予算書

申請者（〇〇歯科医院 院長 宮崎 太郎）

（単位：円）

様式第2号（H）欄

収入の部				支出の部			
費 目	予算額	決算額	増 減	費 目	予算額	決算額	増 減
県補助金	1,987,000			(区分)在宅 歯科医療推 進事業 ポータブル ユニット 〇〇〇〇	1,004,400		
実施主体 支出金	1,094,760			ポータブル レントゲン ××××	477,360		
				小計	1,481,760		
				(区分)在宅 歯科医療基 盤整備事業 訪問診療車 (車名)△△ △△	1,600,000		
計	3,081,760			計	3,081,760		

合計額から県補助金額を差し引いた額を記載

同額になります。

法人の場合、作成する。

年 月 日

宮崎県知事

殿

申請者 住 所
氏 名

特別徴収実施確認・開始誓約書

チェック欄（いずれかに該当する□にチェックを入れてください。）

1 領収書の写し添付

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

→ 6 か月以内の領収書の写しを添付してください。

6 か月以内の領収書の写しを添付してください。

2 添付する領収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、従業員等の個別住民税について、特別徴収を実施しています。

→ 確認印を受けてください。

上記市町村の特別徴収義務者指定番号：

※ 各事業所で事前に記入しておいてください。

（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。

→ 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。

→ 確認印を受けてください。

市（町・村）確認印

令和 7 年 7 月 31 日

宮崎県知事 殿

申請者 住 所 宮崎市橘通東〇ー〇ー〇
フリガナ ミヤザキ タロウ
氏 名 宮崎 太郎
（法人にあってはその名称及び代表者の氏名）
生年月日 昭和〇〇年〇月〇日（性別）男

チェックを入れる。

誓約書

私は、在宅歯科医療推進設備整備事業補助金交付申請を行うに当たり、次の事項について誓約します。

※チェック欄（誓約の場合、□にチェックを入れてください。）

☒ 自己及び本事業実施主体の構成員・役員等は、次のアからウまでのいずれにも該当するものではありません。また、事業実施主体の運営に対し、次のアからウまでのいずれの関与もありません。

ア 暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成 3 年法律第 77 号）第 2 条第 2 号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）

イ 暴力団員（同法第 2 条第 6 号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）

ウ 暴力団又は暴力団員と密接な関係を有する者

実績報告時

令和 年 月 日

宮崎県知事 河野 俊嗣 殿

〒 880-0805

住所 宮崎市橘通東〇-〇-〇

氏名 〇〇歯科医院

院長 宮崎 太郎

令和 7 年度在宅歯科医療推進設備整備事業実績報告書

令和〇年〇月〇日付け 2 4 6 -〇〇〇〇で交付決定のあった在宅歯科医療推進設備整備事業補助金については、補助金等の交付に関する規則（昭和 39 年宮崎県規則第 49 号）第 14 条第 1 項の規定により、その実績を関係書類を添えて報告します。

添付書類

- 1 事業実績報告書（別記様式第 7 号）
- 2 経費所要額精算書（別記様式第 8 号）
- 3 収支決算書（別記様式第 3 号）
- 4 支出を証する書類
- 5 購入医療機器等の写真

申請時と変更がある場合は、
実績報告時にも「本件担当者
氏名等」を記載する。

事業報告書

申請者（〇〇歯科医院 院長 宮崎 太郎）

医療機器等整備内訳

品目	銘柄	規格	数量	単価	金額	納品時期	備考
(区分)在宅歯科医療推進事業				円	円		
ポータブルユニット 〇〇〇〇	(株)〇〇〇〇	A1234567	1	988,000	988,000	R6.12	値引きあり
ポータブルレントゲン ××××	×××× (株)	BCDE-〇〇	1	477,360	477,360	R6.12	
					小計 1,465,360		
(区分)訪問診療車 (車名)△△△△	(株)△△△△	(車両型式を記載してください。)	1	1,600,000	1,600,000	R6.12	
合 計					3,065,360		

区分ごとに合計がわかるように記載してください。

経費所要額精算書

（申請者 ○○歯科医院 院長 宮崎 太郎）
（単位：円）

区 分	(A) 総事業費	(B) 寄付金その他の収入額	(C) 差 引 額 (A)－(B)	(D) 対象経費の 実支出額	(E) 基準額	(F) 選定額	(G) 県費補助 基 本 額	(H) 県費補助 所 要 額 (G)×2/3	(I) 県補助 交 付 決定額	(J) 差引額 (I)－(H)
在宅歯科 医療推進 事業	1,465,360	0	1,465,360	1,465,360	1,500,000	1,465,360	1,465,360	976,000	987,000	11,000
在宅歯科 医療基盤 整備事業	1,600,000	0	1,600,000	1,600,000	1,500,000	1,500,000	1,500,000	1,000,000	1,000,000	0
合 計	3,065,360	0	3,065,360					1,976,000	1,987,000	11,000

- （注） 1 (F) 「選定額」欄には、(D) と (E) を比較して少ない方の金額を記入すること。
2 (G) 「県補助基本額」欄には、(C) と (F) を比較して少ない方の金額を記入すること。
3 (H) 「県費補助所要額」欄には、(G) 欄に記入した金額に 3 分の 2 を乗じて得た金額を記入すること。ただし、1,000 円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てること。

別表第 1 欄の対象経費に
当てはまる額を記載する。
消費税は含まない。

様式第3号（第5条、第11条関係）

対象経費（消費税を含まない額）を記載してください。

収支決算書

申請者（〇〇歯科医院 院長 宮崎 太郎）

様式第8号（H）欄
と同じ額を記載

（単位：円）

収入の部				支出の部			
費 目	予算額	決算額	増 減	費 目	予算額	決算額	増 減
県補助金	1,987,000	1,976,000	-11,000	(区分)在宅 科医療推進 事業 ポータブル ユニット 〇〇〇〇	1,004,400	988,000	-16,400
実施主体 支出金	1,094,760	1,089,360	-5,400	ポータブル レントゲン ××××			0
					477,360	477,360	
				(区分) 訪問診療車 (車名)△△ △△			0
				小計	1,481,760	1,465,360	
					1,600,000	1,600,000	
計	3,081,760	3,065,360	-16,400	計	3,081,760	3,065,360	-16,400

合計額から県補助額を
差し引いた額を記載

実施状況 報告時

令和 9 年 4 月 20 日

宮崎県知事 殿

申請者 住 所 宮崎市橘通東〇ー〇ー〇
氏 名 〇〇歯科医院
院長 宮崎 太郎

事業実施状況報告書

1 購入年度 令和 7 年度

2 実施状況

(1) 訪問回数等

年度	訪問回数 (回)		訪問延人員 (人)		訪問実人員 (人)		中山間地域 (※2) 患者の 診療実績 (いずれかに〇)
		うち施設等 (※1) への 訪問回数		うち施設等 への訪問 延人員		うち施設等 への訪問 実人員	
R8年度 (購入翌年 度)	100	20	140	60	70	30	有 / 無
R9年度 (購入翌々年 度)	140	30	200	90	100	45	有 / 無
R10 年度 (購入後3年 度目)							有 / 無

患者数の延人員
を記載する。患者数の実人員
を記載する。R10 年 4 月には 2 行
目を追加（緑の数字）
して報告する。

※1 施設等とは、特別養護老人ホームや有料老人ホームなどの老人福祉関係入所施設、障がい児（者）福祉関係入所施設を言う。

※2 「中山間地域」とは、宮崎県中山間地域振興条例（平成 23 年条例第 20 号）第 2 条に定める区域とする。