

事業実績書

	医師名(ふりがな)	医籍登録番号	年齢	コース・メンター		担当診療科	「専門医・指導医」又は 参加する学会等の名称	取得、 更新又は 参加	取組年月日	確定年月日	開催地
					取組						
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
計											

- (注) 1 「開催地」欄は、専門医の取得等又は指導医の取得等のために行った会場及び学会等の開催会場等の所在地を都道府縣市名まで記載すること。
 2 「取組年月日」欄は、試験等を受けた又は学会等に参加した年月日を記載すること。なお、書類審査の場合、申請した年月日を記載すること。
 3 「確定年月日」欄は、取得等が確定した年月日を記載すること。なお、申請後に明らかになる場合、その旨を記載し、明らかになり次第、別記様式第7号により報告すること。
 4 コース・メンターについては、該当欄に「○」を、取組の欄には「面談の実施」、「説明会への参加」、「ひむか塾へ協力」、「その他」のいずれかを記入すること。

補助金所要額調書

	総経費 ①	医療機関の負担額 ②	医師の実支出額 ③(①-②)	スキルアップの種類	基準額 ④	補助金所要額 ⑤
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
補助金所要額計						

- (注) 1 様式第1号事業実績書に記載した医師名順に記載すること。
 2 「総経費①」欄は、専門医の取得等、指導医の取得等又は学会等への参加に要する経費の総計を記載すること。
 3 「スキルアップの種類」欄は、「専門医の取得等」、「指導医の取得等」又は「学会等への参加」のいずれかを記載すること。
 4 「基準額④」欄については、医師スキルアップ支援補助金交付要綱別表の第2欄に規定する基準額を記載すること。
 5 「補助金所要額⑤」欄は、「医師の実支出額③」と「基準額④」のうちいずれか低い額を記載すること。

補助金所要額調書

記入例

	総経費 ①	医療機関の負担額 ②	医師の実支出額 ③(①-②)	スキルアップの種類	基準額 ④	補助金所要額 ⑤
1	150,000	50,000	100,000	専門医の取得等	100,000	100,000
2	55,000	0	55,000	学会等の参加	75,000	55,000
3	5,000	0	5,000	専門医の取得等	100,000	5,000
4	120,000	0	120,000	指導医の取得等	100,000	100,000
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
補助金所要額計						260,000

○基準額
 ・専門医の取得等、指導医の取得等 ⇒ 100,000円
 ・学会等の参加 ⇒ 75,000円

③と④を比較し、額が小さい方が⑤
 補助金所要額

- (注) 1 様式第1号事業実績書に記載した医師名順に記載すること。
 2 「総経費①」欄は、専門医の取得等又は指導医の取得等に要する経費の総計を記載すること。
 3 「スキルアップの種類」欄は、「専門医の取得等」又は「指導医の取得等」のいずれかを記載すること。
 4 「基準額④」欄については、医師スキルアップ支援補助金交付要綱別表の第2欄に規定する基準額を記載すること。
 5 「補助金所要額⑤」欄は、「医師の実支出額③」と「基準額④」のうちいずれか低い額を記載すること。

収支決算書

1 収入の部

科目	決算額	備考
県補助額		
医療機関負担額		
医師負担額		
計		

2 支出の部

	決算額	備考
専門医の取得等経費		
指導医の取得等経費		
学会等への参加経費		
その他		
計		

収支決算書

1 収入の部

科目	決算額	備考
県補助額	260,000	
医療機関負担額	50,000	
医師負担額	20,000	
計	330,000	

2 支出の部

様式2号より、
「専門医の取得等経費」、
「指導医の取得等経費」及び
「学会等の参加経費」に分けて入力

	決算額	備考
専門医の取得等経費	155,000	
指導医の取得等経費	120,000	
学会等の参加経費	55,000	
その他		
計	330,000	

様式第4号(第5条関係)

補助対象経費支出確認書

様式第2号における学会等の参加及び専門医の取得等に要した経費である「総経費」
については、各医師から提示された領収書等の証拠書類をもとに、医師スキルアップ
支援補助金交付要綱第4条の別表に規定する対象経費として適正に支出された経費
であることを確認しました。

宮崎県知事 殿

所在地

医療機関名

代表者氏名

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

市(町・村)確認印

誓約書

年 月 日

所在地

氏名(法人名)

フリガナ

代表者名

生年月日 年 月 日(性別)

私は、医師スキル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

