第２号様式　別紙（第３関係）

対　象　経　費　内　訳　書

医療機関名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 費　目 | 対　象　経　費　支　出　額 | 備　考 |
| 細　　目 | 時給又は単価 | 時間又は人数 | 金　　額 |
| 給料職員手当等旅費保険料 | 医師看護師派遣手当旅費針刺し事故等補償 |  |  |  |  |
| 合　計　金　額 |  |

注１　対象経費支出額欄には、本事業で派遣された医師・医師以外の基本給、派遣手当、旅費、保険料（当該派遣に伴い勤務に影響を受ける職員の基本給や手当等を含む。）等、派遣元医療機関が当該派遣に伴い負担した経費を記入すること。

２「細目」は、例示であり、医療機関ごとの区分で差し支えないこと。

３　他の補助金等で補助を受けた金額は除くこと。

**上記経費は、医療従事者の派遣に伴い当医療機関が負担したものであることを**

**証明する。**

開設者（申請者）　　氏名　　　　　　　　　　　　印

（法人の場合は、法人名及び代表者職・氏名・代表者印）

第２号様式　別紙（第３関係）

対　象　経　費　内　訳　書

医療機関名　　○○クリニック

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 費　目 | 対　象　経　費　支　出　額 | 備　考 |
| 細　　目 | 時給又は単価 | 時間又は人数 | 金　　額 |
| 給料職員手当等旅費保険料 | 医師看護師 1看護師 2時間外手当交通費針刺し事故等補償 | 4,5004,0009,0001,500 | 10h20h15h3人 | 45,00080,000135,0004,500 |  |
| 合　計　金　額 | 264,500 |

注１　対象経費支出額欄には、本事業で派遣された医師・医師以外の基本給、派遣手当、旅費、保険料（当該派遣に伴い勤務に影響を受ける職員の基本給や手当等を含む。）等、派遣元医療機関が当該派遣に伴い負担した経費を記入すること。

２「細目」は、例示であり、医療機関ごとの区分で差し支えないこと。

３　他の補助金等で補助を受けた金額は除くこと。

**上記経費は、医療従事者の派遣に伴い当医療機関が負担したものであることを**

**証明する。**

開設者（申請者）　　氏名　　青森　太郎　　　　印

（法人の場合は、法人名及び代表者職・氏名・代表者印）