第１号様式（第４関係）

文書番号

令和 年 月 日

　青森県知事　　　　　　殿

住　　　所

申請者　名　　　称

代表者氏名　　　　　　　　　印

令和２年度青森県在宅医療推進医療クラーク導入事業費補助金交付申請書

　令和２年度において実施する青森県在宅医療推進医療クラーク導入事業について、補助金の交付を受けたいので、青森県補助金等の交付に関する規則第３条の規定により、関係書類を添え下記のとおり申請します。

記

１　補助金交付申請額　　　金　　　　　　　　　円

２　添付書類

　(1) 補助金所要額調書（第２号様式）

　(2) 事業計画書（第３号様式）

　(3) 歳入歳出予算書の抄本（補助事業の収支予算額を備考欄等に記載すること。）

　(4) 医師事務作業補助者の勤務予定表等の写し

　(5) 医師事務作業補助者の人件費算定資料等

　(6) 訪問診療の実施計画書（第４号様式）

　(7) その他知事が必要と認める書類

第５号様式（第５関係）

文書番号

令和 年 月 日

　青森県知事　　　　　　殿

住　　　所

補助事業者　名　　　称

代表者氏名　　　　　　　　　印

令和２年度青森県在宅医療推進医療クラーク導入事業変更承認申請書

　令和　年　月　日付け青医第　　　号で補助金の交付決定の通知を受けた令和２年度青森県在宅医療推進医療クラーク導入事業について、事業の内容を下記のとおり変更したいので、令和２年度青森県在宅医療推進医療クラーク導入事業費補助金交付要綱第５第１項第１号の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

１　変更の理由

２　変更の内容

３　変更年月日

　（注）添付書類は、交付申請手続に準じること。

　　　　なお、事業計画書（第３号様式）について、変更箇所に下線を引くとともに、人件費見込み額の積算内訳については、変更部分を上下２段書きとし、変更前の額を上段に括弧書きし、変更後の額を下段に記載すること。

第６号様式（第５関係）

文書番号

令和 年 月 日

　青森県知事　　　　　　殿

住　　　所

補助事業者　名　　　称

代表者氏名　　　　　　　　　印

令和２年度青森県在宅医療推進医療クラーク導入事業中止（廃止）承認申請書

　令和　年　月　日付け青医第　　　号で補助金の交付決定の通知を受けた令和２年度青森県在宅医療推進医療クラーク導入事業を下記のとおり中止（廃止）したいので、令和２年度青森県在宅医療推進医療クラーク導入事業費補助金交付要綱第５第１項第２号の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

１　中止（廃止）の理由

２　中止（廃止）の内容

３　中止（廃止）の年月日

第８号様式（第５関係）

文書番号

令和 年 月 日

　青森県知事　　　　　　殿

住　　　所

補助事業者　名　　　称

代表者氏名　　　　　　　　　印

令和２年度青森県在宅医療推進医療クラーク導入事業消費税及び地方消費税

に係る仕入控除税額報告書

　令和　年　月　日付け青医第　　　号により交付決定の通知を受けた令和２年度青森県在宅医療推進医療クラーク導入事業費補助金について、令和２年度青森県在宅医療推進医療クラーク導入事業費補助金交付要綱第５第１項第６号の規定に基づき、下記のとおり報告します。

記

１　施設の名称

２　青森県補助金等の交付に関する規則第１３条の規定による確定額

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（要返還相当額）

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精算内訳等

第９号様式（第８関係）

文書番号

令和 年 月 日

　青森県知事　　　　　　殿

住　　　所

補助事業者　名　　　称

代表者氏名　　　　　　　　　印

令和２年度青森県在宅医療推進医療クラーク導入事業状況報告書

　令和　年　月　日付け青医第　　　号で補助金の交付決定の通知を受けた令和２年度青森県在宅医療推進医療クラーク導入事業の中間報告について、青森県補助金等の交付に関する規則第１０条の規定により、下記のとおり報告します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | |  |
| 従事事務作業 | | 作業時間（１日当たり） | 配置人員 |
| 訪問診療・往診時のカルテ入力代行・記録作成等 | | 時間 | 人 |
| 訪問診療時の関係機関（訪問看護・介護・薬局・ケアマネ等）との連絡調整、情報共有に係る事務 | | 時間 |
| 入退院時の医療機関との調整 | | 時間 |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | 時間 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 期間 | 訪問診療の実施状況 | | |
|  | 実患者数 | 年間延べ件数 |
| 令和　年度分 （　　　 年　　月　 日～ 　　 年１２月３１日） | 居宅における訪問診療 | 人 | 件 |
| 介護施設等における訪問診療 | か所　　人 | 件 |
| ※訪問診療の実患者人数の実績を記載 | | | |
| ※介護施設等は、介護老人福祉施設、有料老人ホームなど、居宅以外の場所で実施している場合に記載 | | | |

第１０号様式（第９関係）

文書番号

令和 年 月 日

　青森県知事　　　　　　殿

住　　　所

補助事業者　名　　　称

代表者氏名　　　　　　　　　印

令和２年度青森県在宅医療推進医療クラーク導入事業完了（廃止）実績報告書

　令和　年　月　日付け青医第　　　号で補助金の交付決定の通知を受けた令和２年度青森県在宅医療推進医療クラーク導入事業が完了（を廃止）したので、青森県補助金等の交付に関する規則第１２条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり報告します。

記

１　補助金精算額　　　金　　　　　　　　　円

２　添付書類

　(1) 補助金所要額精算書（第１１号様式）

　(2) 事業実績報告書（第１２号様式）

　(3) 歳入歳出決算書（見込書）抄本（補助事業の決算見込額を備考欄等に記載すること。）

　(4) 医師事務作業補助者の勤務表等の写し

　(5) 医師事務作業補助者の人件費支払い明細等の写し

　(6) その他知事が必要と認める書類

第１３号様式（第１０関係）

　　令和　　年　　月　　日

　青森県知事　殿

　　　　　　住　　　所

補助事業者　名　　　称

　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　印

令和２年度青森県在宅医療推進医療クラーク導入事業費補助金請求書

金　　　　　　　　　　　　　円

　ただし、令和　　年　　月　　日付け青医第　　　　　号で交付決定の通知を受けた令和２年度青森県在宅医療推進医療クラーク導入事業費補助金として、上記のとおり請求します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先金融機関  （店舗名） |  | １　普通預金  ２　当座預金  ３（　　　　　　　　　） |
| 口座番号 |  | |
| 口座名義人 |  | |