

小児救急医療対策事業費補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、一般社団法人尾北医師会、一般社団法人岩倉市医師会及び愛知県厚生農業協同組合連合会江南厚生病院が協働して実施する休日の小児の第1次救急医療に対する補助金の交付に関し必要な事項を定めるものとする。

(補助対象事業)

第2条 補助の対象となる事業（以下「補助事業」という。）は、休日における小児救急患者に対する第1次救急医療とする。

(補助対象経費)

第3条 補助の対象となる経費は、愛知県厚生農業協同組合連合会江南厚生病院内のこども医療センターにおいて一般社団法人尾北医師会及び一般社団法人岩倉市医師会に所属する小児科開業医が実施する診療の経費とする。

(補助金の額)

第4条 補助金の額は、予算の範囲内において、市長が定める額とする。

(補助金の交付申請)

第5条 補助金の交付を受けようとする者は、補助金交付申請書（様式第1）及び補助事業計画書（様式第2）に必要な書類を添えて市長に提出しなければならない。

(補助金の交付決定)

第6条 市長は、前条の規定に基づき補助金の交付申請があったときは、当該申請に係る書類の審査及び必要に応じて実態調査等を行い、補助金の目的、内容及び金額の算定が適正かどうかを審査し、補助金を交付すべきものと認めたときは、速やかに交付の決定をし、補助金交付決定通知書（様式第3）により、当該申請者に通知するものとする。

2 前項の規定に基づき補助金の交付の決定をする場合において、市長は、補助金の交付の目的を達成するため必要があるときは条件を付することができる。

(補助事業の変更等の申請等)

第7条 補助事業を実施する者（以下「補助事業者」という。）は、補助事業の変更又は中止若しくは廃止をしたときは、直ちに補助事業変更（中

止・廃止) 申請書(様式第4)を市長に提出しなければならない。

2 前条の規定は、前項の規定による変更した場合について準用する。

(実績報告)

第8条 補助事業者は、補助事業が完了したときは、補助事業実績報告書(様式第5)に必要な書類を添えて市長に提出しなければならない。

(補助金の額の確定)

第9条 市長は、前条の規定に基づき補助事業実績報告書が提出されたときは、その内容を審査し、適当と認めるときは、交付すべき補助金の額を確定し、補助金交付確定通知書(様式第6)により補助事業者に通知するものとする。

(補助金の請求及び交付)

第10条 市長は、補助金の額を確定した後に補助事業者からの補助金請求書(様式第7)による請求に基づき、補助金を交付するものとする。

2 前項の規定にかかわらず、補助事業の目的を達成するために市長が必要と認めるときは、交付すべき補助金の額の全部又は一部を概算払又は前金払の方法で交付することができる。

(雑則)

第11条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成22年5月27日から施行し、平成22年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

岩倉市長 殿

（申請者） 住 所
氏名又
は名称

補助金交付申請書

事業について、別紙事業計画書による事業を行うため、補助金の
交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

記

- 1 補助事業の名称
- 2 補助金申請額

様式第2 (第5条関係)

補助事業計画書

補助事業の名称

補助金申請額 金 円

申請年月日 年 月 日

(申請者) 住所

氏名又

は名称

1 補助事業を必要とする理由及び効果

--

(備考 理由及び効果については、具体的に記入すること。)

2 計画概要

--

(備考 補助事業の全体の計画の概要を記入すること。)

3 事業費調

費目	数量	単位	単価	金額	適用

4 事業費財源内訳

(単位：円)

区分		予算額	実施計画額	備考
財源	医業収入			
	医業外収入			
	補助金			
計				

(備考 財源については、それぞれの根拠を備考欄に記入すること。)

(別紙)

年度 小児救急医療対策事業計画明細書

(病院名

)

1 小児救急病院運営事業所要額

(単位：円)

区 分	総 額	対象経費の支出予定額	備 考
給与費			
1 常勤職員給与			診療日数
(1) 医師			休日 日
(2) 看護師			
(3) 医療技術員			開業医担当分
(4) その他			休日 日
2 非常勤職員給与			
(1) 医師			
(2) 看護師			
(3) 医療技術員			
(4) その他			
計			

(注)

- 1 「総額」欄は年間予定額を記入すること。
- 2 「対象経費の支出予定額」欄は、当番日の年間予定額を記入すること。

2 事業財源内訳等

区 分	予 算 額	実施計画額	備 考
事業費			
歳入 (財源)	医業収入		
	医業外収入		
	補助金		
	計		
歳出	医業費用(給与費)		
	〃 (材料費)		
	〃 (経費)		
	医業外費用		
	計		
差し引き額			

3 小児救急病院運営事業所要額内訳

(単位：円)

項 目		予 算 額	積 算	備 考
医 師	休日診察(開業医・医局)			診療日数 日曜日 日 休日 日 土曜日 日
	休日診察(江南厚生)			
	土曜午後診察(江南厚生)			
	休日日直(江南厚生)			
	土曜午後半直(江南厚生)			
	計			
看護師	休 日			
	土曜午後			
	計			
薬剤師 放射線 技師等	休 日			
	土曜午後			
	計			
事務	休 日			
	土曜午後			
	計			
研修医	休 日			
	土曜午後			
	計			
合 計				

3-1 開業担当分(再掲)

項 目		予 算 額	積 算	備 考
医 師	休 日		@ 円×1人× 日	診療予定日 休日 日
看護師			@ 円×1人× 日	
薬剤師			@ 円×1人× 日	
放射線技師			@ 円×1人× 日	
検査技師			@ 円×1人× 日	
事 務			@ 円×1人× 日	
研修医			@ 円×1人× 日	
合 計				

様式第3（第6条関係）

第 号
年 月 日

様

岩倉市長 印

補助金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった 事業に係る補助金について、次のとおり交付することに決定しましたので通知します。

記

- 1 補助金交付決定額 金 円
- 2 補助金交付条件

年 月 日

岩倉市長 殿

（補助事業者）住 所

氏名又

は名称

補助事業変更（中止・廃止）申請書

年 月 日付けで補助金の交付決定の通知のあった
事業について、次の理由によりこの事業を変更（中止・廃止）したいので申請します。

記

- 1 補助事業変更（中止・廃止）の理由及びその内容
- 2 添付書類

年 月 日

岩倉市長 殿

（補助事業者）住 所
氏名又
は名称

補助事業実績報告書

年 月 日付けで補助金の交付決定の通知のあった 事業が
完了したので、次のとおり報告します。

記

1 補助事業の名称

2 補助金交付決定額及び精算額 金 円

3 事業費の費途別使用状況

金額費途	予算額	使用額	翌年度への繰越の場合		備考
			予算額	使用額	

4 補助事業の着手及び完了年月日

着手年月日 年 月 日

完了年月日 年 月 日

5 補助事業完了後の効果

--

6 事業費の財源の内訳

区分	予算額	収入済額	未収入額	備考
医業収入				
医業収入以外				
補助金額				
その他				
計				

(別紙1)

年度 小児救急医療対策事業実績明細書

(病院名

)

1 小児救急病院運営事業費

(単位：円)

区 分	総 額	対象経費の支出額	備 考
給与費			
1 常勤職員給与			診療日数
(1) 医師			休日 日
(2) 看護師			
(3) 医療技術員			開業医担当分
(4) その他			休日 日
2 非常勤職員給与			
(1) 医師			
(2) 看護師			
(3) 医療技術員			
(4) その他			
計			

(注)

- 1 「総額」欄は年間実績額を記入すること。
- 2 「対象経費の支出額」欄は、当番日の年間実績額を記入すること。

2 事業財源内訳等

(単位：円)

区 分	予 算 額	決算額	備 考
事業費			
歳入 (財源)	医業収入		
	医業外収入		
	補助金		
	計		
歳出	医業費用(給与費)		
	〃 (材料費)		
	〃 (経費)		
	医業外費用		
	計		
差し引き額			

3 小児救急病院運営事業費内訳

(単位：円)

項 目		予 算 額	決 算 額	内 訳	備 考
医 師	休日診察(開業医・医局)				診療日数 日曜日 日 休日 日 土曜日 日
	休日診察(江南厚生)				
	土曜午後診察(江南厚生)				
	休日日直(江南厚生)				
	土曜午後半直(江南厚生)				
	計				
看護師	休 日				
	土曜午後				
	計				
薬剤師 放射線 技師等	休 日				
	土曜午後				
	計				
事務	休 日				
	土曜午後				
	計				
研修医	休 日				
	土曜午後				
	計				
合 計					

3-1 開業医担当分(再掲)

項 目		予 算 額	決 算 額	内 訳	備 考
医 師	休 日				診療日数 日曜日 日
看護師					
薬剤師					
放射線技師					
検査技師					
事 務					
研修医					
合 計					

様式第6（第9条関係）

第 号
年 月 日

様

岩倉市長 印

補助金交付確定通知書

年 月 日付けで申請のあった 事業に係る補助金について、
次のとおり交付することに確定しましたので通知します。

記

- | | | | |
|---|----------|---|---|
| 1 | 補助金交付決定額 | 金 | 円 |
| 2 | 補助金交付確定額 | 金 | 円 |

補助金請求書

金 _____ 円

ただし、 _____ 補助金として、上記の金額を請求します。

年 月 日

(請求者) 住 所
氏 名

岩倉市長 _____ 殿

振込先金融機関

振込先金融機関名	
預金の種類	
口座番号	
(フリガナ)	
口座名義	