

平成24年度専門医等不足分野支援事業費補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、専門医等不足分野支援事業費補助金（以下「補助金」という。）の交付に関し必要な事項を定めるものとする。

(補助目的及び補助対象事業)

第2条 一般社団法人高知医療再生機構（以下「機構」という。）は、指導医の招聘・確保が困難であり、かつ、高知県の医療政策上、確保・養成が特に必要とされている医療分野について、その医療分野に関心のある若手医師の増加及び育成を行うため、県内の医療機関に勤務する医師（以下「補助事業者」という。）が、病院の枠組みを超えて若手医師を対象とする研修セミナー等を実施すること（以下「補助対象事業」という。）に対して、予算の範囲内で補助を行う。

(補助申請者の要件)

第3条 この要綱に基づき補助申請を行える者は、次の要件にすべて該当する者とする。

- (1) 高知県内の医療機関に在籍する医師
- (2) 現在所属している医療機関から、この補助事業の対象者として推薦を受けている者

(補助対象経費等)

第4条 補助対象事業に関する補助対象経費、補助率及び補助限度額は、別表のとおりとする。

- 2 機構が行う補助の額は、別表に定める補助対象経費の実支出額と補助限度額とを比較して少ない方の額とし、千円未満は切り捨てる。

(補助申請)

第5条 補助申請をしようとする者は、補助申請書(第1号様式)に関係書類を添えて、機構の理事長（以下「理事長」という。）が別に定める日までに、理事長に提出しなければならない。

- 2 補助対象期間は、平成24年4月1日から平成25年3月31日の範囲内とし、追加公募を行った場合には、申請日から平成25年3月31日の範囲内とする。

(補助事業者の決定)

第6条 補助事業者の選考は、一般社団法人高知医療再生機構の組織に関する規程（平成22年3月29日機構規則第3号）第5条第2項第1号に定める助成評価委員会が行い、理事長がこれを決定する。

- 2 理事長は、選考結果を補助申請者全員に決定通知書（第2号様式）で通知する。
- 3 上記において、条件付採択の連絡を受けた者が、再申請書類の提出することのできる期限は、当該通知を受けた日から2週間以内とする。

(補助の条件)

第7条 補助目的を達成するため、補助事業者は次に掲げる事項を遵守しなければならない。

- (1) 法令等の定め、補助金の交付決定の内容及び条件、その他理事長の指示に従い、善良な管理者の注意をもって補助事業を行うこと。
- (2) 交付を受けた補助金は、補助対象事業に必要な経費にのみ使用しなければならないこと。
- (3) 「費目」ごとの支出予定額が50%以上かつ10万円以上変わるなど補助対象事業の大幅な変更又は事業を中止する場合は、事前に補助金(変更・中止)承認申請書(第3号様式)を理事長に提出し、その承認を受けなければならないこと
- (4) 補助対象事業が予定の期間内に完了しない場合又は事業の遂行が困難となった場合は、速やかに理事長に報告し、その指示を受けなければならないこと。
- (5) 補助対象事業に係る収入及び支出の状況を明らかにした帳簿書類を作成し、補助対象事業の完了の翌年度から5年間保存しておかねばならないこと。
- (6) 講演会や事業発表等の場においては、機構の補助事業を活用した旨の表示(発表)を積極的に行うこと

(概算払等)

第8条 理事長は、補助事業者から求めがあり、かつ、補助の目的を達成するために必要があると認められるときは、概算払をすることができる。

- 2 補助金の概算払を受けようとするときは、概算払請求書(第4号様式)を理事長に提出しなければならない。
- 3 概算払の申出を行わなかった場合、又は、概算払を受けたが、その額が決定通知書(第2号様式)に記載された補助決定額を下回っている場合、補助事業者は、第10条に定める実績報告書の提出と併せて、補助金請求書(第5号様式)を提出しなければならない。なお、第10条で定める期間内に補助金請求書(第5号様式)の提出を行わない場合は、理事長は第1項に基づき既に行った概算払を除いて補助金の交付を行わない。

(振込口座等)

第9条 機構が補助金の振込先口座として使用する口座は、所属医療機関の口座又は当該補助金事業名と申請者名が併記された口座とする。

(実績報告の提出及び補助の確定)

第10条 補助事業者は、補助対象事業完了の日から30日以内又は当該年度の3月31日までのいずれか早い日までに、補助対象事業実績報告書(第6号様式)に関係書類を添えて、理事長に提出しなければならない。

- 2 理事長は、前項の補助対象事業実績報告書及び関係書類を確認し、補助事業者に対する最終補助確定額を決定する。

- 3 最終補助確定額が第8条第1項に基づき行った概算払による補助額を下回っている場合、第8条第3項に定める補助金請求書の提出の有無にかかわらず、理事長は概算払の額と最終補助確定額との差額を補助事業者に対して返還を求めなければならない。
- 4 最終補助確定額が第8条第3項に定める補助金請求書に記載された今回請求額、又は、補助金請求書に記載された既交付額と今回請求額の合計額を下回っている場合、理事長は最終補助確定額又は最終補助確定額から補助金請求書に記載された既交付額を控除した額を補助事業者に交付する。

(交付決定の取消・返還)

- 第11条 補助の条件に従わなかったとき、または、補助金の不正使用若しくは不正受給があったとき、その他補助対象事業において不正行為があったと認められた場合は、理事長は、補助金の交付決定を取り消し、既に交付した補助金の全部または一部の返還を命じるものとする。
- 2 補助金の交付決定の取消及び返還については、助成評価委員会の意見を踏まえて理事長が決定し、実施する。

(その他)

- 第12条 この要綱に定めるもののほか、補助金の交付に関して必要な事項は、理事長が別に定める。

附則

この要綱は、平成24年1月23日から施行する。
 なお、この補助事業は平成24年度高知県当初予算の成立をもって、正式に実施が決定されるものとする。

(別表)

補助対象経費	補助率	補助限度額
(1) 研修セミナー等の開催に要する経費 (謝礼金、旅費、消耗品費、通信運搬費、手数料、使用料、負担金、会議費) (2) その他理事長が特に必要と認める経費 (3) 事業の実施に必要な間接経費 ((1)(2)に該当する金額の5%以内とする。)	定額	1,500千円/人

第1号様式

平成 年 月 日

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋 様

申請者 住 所
氏 名 印

平成24年度専門医等不足分野支援事業 補助申請書

平成24年度専門医等不足分野支援事業費補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

- 1 補助申請額 金 _____ 円
- 2 事業（研修）計画書（別紙1）
- 3 補助事業実施期間
平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
- 4 添付書類
 - (1) 履歴書（別紙2）
 - (2) 推薦書（別紙3）
 - (3) 支出予定額調書（別紙4）
 - (4) その他参考書類

第2号様式

高医再発第 号
平成 年 月 日

申請者 住所
氏名 様

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋

平成24年度専門医等不足分野支援事業費
補助申請に対する選考結果について

貴殿から申請のありました平成24年度専門医等不足分野支援事業に係る補助申請については、上記補助金交付要綱第6条第1項の規定に基づく助成評価委員会での選考を踏まえ、下記の結果と決定しましたので通知します。

記

{ 補助採択・条件付採択 }

- 1 補助決定額 金 _____ 円
- 2 補助事業実施期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
- 3 補助条件
 - ・提出した事業（研修）計画書（別紙1）に則り、事業を実施すること
 - ・なお、条件付採択の場合は、当該補助決定の内容を踏まえて、この通知書を受け取ってから2週間以内に、再度、事業（研修）計画書（別紙1）を提出すること
 - ・交付要綱で定められた事項、その他理事長の指示を守ること

{ 補助不採択 }

第3号様式

平成 年 月 日

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋 様

申請者 住 所
氏 名 印

平成24年度専門医等不足分野支援事業費補助金
(変更・中止)承認申請書

平成 年 月 日付 高医再発第 号で交付の決定がありました補助金について、下記により(変更・中止)したいので、上記補助金交付要綱第7条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1 変更(中止・廃止)理由

2 添付書類

- ・変更承認申請の場合は、変更する事業内容及び経費(変更前と変更後とを比較することができるもの)を明らかにする書類
- ・中止承認申請の場合は、第5号様式及び第6号様式並びに関連書類

第4号様式

平成 年 月 日

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋 様

申請者 住 所
氏 名 印

平成24年度専門医等不足分野支援事業費補助金
概算払請求書

平成 年 月 日付 高医再発第 号で補助金の交付の決定がありました
平成24年度専門医等不足分野支援事業について、上記補助金付要綱第8条第2項の規定
により概算払によって交付されるよう請求します。

記

補助金交付決定額 金 _____ 円

既交付額 金 _____ 円

今回請求額 金 _____ 円

残額 金 _____ 円

振込先	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	フリガナ 口座名義
				1 当座 2 普通	

第5号様式

平成 年 月 日

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋 様

申請者 住 所
氏 名 印

平成24年度専門医等不足分野支援事業費補助金 請求書

平成 年 月 日付 高医再発第 号で補助の決定がありました平成24年度専門医等不足分野支援事業について、上記補助金交付要綱第8条第3項の規定により請求書を提出します。

記

補助決定額 金 _____ 円

既交付額 金 _____ 円

請求額 金 _____ 円

振込先	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	フリガナ 口座名義
				1 当座 2 普通	

第6号様式

平成 年 月 日

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋 様

申請者 住 所
氏 名 印

平成24年度専門医等不足分野支援事業費補助金 実績報告書

平成 年 月 日付 高医再発第 号で交付の決定がありました補助金について、上記補助金交付要綱第10条第1項の規定により、実績を下記のとおり報告します。

記

- 1 交付決定額 金 _____ 円
- 2 実 績 額 金 _____ 円
- 3 事業（研修）報告書（別紙5）
- 4 添付書類
（1）支出額報告書（別紙6）

(別紙1)

事業（研修）計画書

申請者 所属（ ）

氏名（ ）

1 事業の概要

2 申請領域の高知県の現状と課題（全国との比較にも触れてください）

3 これまでの取り組み

4 事業実施の目的、必要性（高知県の医療政策上のニーズにも触れてください）

5 事業の内容

（1）実施体制

（2）実施方法

（3）事業実施期間

平成 年 月 日～平成 年 月 日

（4）その他

6 事業の目標（期待される効果）

7 事業実施後の計画

【作成上の留意事項】

○事業の目標（期待される効果）は、高知県の医療の発展に貢献できる視点についても記入してください。

○A4版2枚以内に、具体的に簡潔に記入してください。

(別紙2)

申請者履歴書

平成 年 月 日現在

ふりがな 氏 名		性別	男 女
生 年 月 日	19 年 月 日生 () 歳		
現 住 所	〒 電話		
所 属 機 関	〒 住所 名称 電話 FAX		
連 絡 先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 所属機関 e-mail		
学 歴 ・ 職 歴	年 月	最終学歴・職歴	
研修歴・研究歴等			

(別紙3)

平成 年 月 日

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋 様

推薦者 住 所
名 称
役職名
氏 名 印

推 薦 書

申請者の 所属機関	
申請者の 職種・氏名	
推薦理由	

(別紙4)

支出予定額調書

申請者 所属 ()

氏名 ()

費目	※内容	支出予定額	備考
(1) 研修セミナー等 開催経費			
(2) その他理事長 が特に必要と 認める経費			
(3) 間接経費			参考 ((1)~(2)合計額) ×5%の額 = ()
計			

※具体的に記入してください。

間接経費経理責任者	職名	
	氏名	
	連絡先	

※間接経費を含めて申請する場合は、必ず記載してください。

(別紙5)

事業(研修)報告書

申請者 所属 ()
氏名 ()

1 申請時に計画した事業や対象の概要

2 事業実施期間

平成 年 月 日～平成 年 月 日

3 活動実績の概要事業の内容

(1) 実施体制

(2) 実施したセミナーについて(開催日時毎にお書きください)

※行数は適宜増やして下さい。案内チラシ等もあわせて提出して下さい。

開催日時	内容	参加者数
年 月 日 時～ 時	セミナー名： 講師名： 講師の所属・肩書き： 講演内容：	人

(3) その他

4 当初事業目標からみた達成状況の自己評価(いずれかに○)

A(100%以上の達成) B(ほぼ達成) C(不十分であった)

[評価理由]

5 今回の事業は高知県の当該領域の医療にどのような波及効果がありますか。

6 来年度以降の計画

【作成上の留意事項】

○A4版2枚以内に、具体的に簡潔に記入して下さい。

(別紙6)

支出額報告書

申請者 所属 ()
氏名 ()

費目	※内容	支出額	備考
(1) 研修セミナー等 開催経費			
(2) その他理事長 が特に必要と 認める経費			
(3) 間接経費			参考 ((1)~(2)合計額) ×5%の額 = ()
計			

※領収書の写しを添付してください。

間接経費経理責任者	職名	
	氏名	
	連絡先	

※間接経費を含めて申請する場合は、必ず記載してください。