

平成27年度医師留学支援事業費補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、医師留学支援事業費補助金（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、高知県内の若手
医師の資質向上及びキャリア形成を支援するため、県内の医療機関に所属する医師が、
国内外の先進的な医療機関等で研修を行うことに対して、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平成27年3月31日現在で原則として医師免許
取得後15年以内の医師
- (2) 県外又は国外の先進的な医療機関等からの招請状又は受入承諾書を得ている者
- (3) 補助対象事業終了後、1年以上高知県内の医療機関で勤務することができる者
- (4) 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27年4月1日からとし、追加公募を行った場合には申請日か
らとする。

(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) 補助対象事業の大幅な変更又は補助対象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
- (7) 補助対象期間中は、年度が変わるごとに留学経過報告書(別紙5)を提出すること。
- (8) 補助対象事業終了後、第3条第3項の要件を満たさなくなる可能性が明らかになった場合には、ただちに理事長に協議すること。
- (9) 補助対象事業終了後、第3条第3項の要件を満たした場合には、事業完了報告書(別紙8)を提出すること。

(概算払等)

第8条 補助事業者は、交付決定を受けた年度中に概算払を受けなければならない。

- 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。

(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5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、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 補助事業者は、交付決定額を超えて支出した場合には、補助対象期間の終了を待たずに支出額報告書（別紙7）を提出することができるものとする。

（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27年1月19日から施行する。

なお、この補助事業は平成27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）

区分	補助対象経費	補助率	補助限度額
短期留学 （県外の先進的な医療機関等で行う概ね3か月以上6か月以内の研修）	(1) 現住所から留学先医療機関等までの往復旅費 (2) 住居費（家賃等賃借料、敷金、手数料、負担金） (3) 研修費（受講料、留学先での移動交通費、書籍等購入費、消耗品費、通信運搬費、手数料、使用料、負担金）	定額	2,000千円 ／人
長期留学 （県外又は国外の先進的な医療機関等で行う概ね1年程度の研修）	(4) その他理事長が特に必要と認める経費		3,000千円 ／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27年度医師留学支援事業 補助申請書

平成27年度医師留学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 留学事業計画書（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
留学先の受入承諾書等

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27年度医師留学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27年度医師留学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
 - ・提出した留学事業計画書（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、当該補助決定額を踏まえて、この通知書を受け取ってから2週間以内に、再度、留学事業計画書（別紙1）等の必要書類を提出すること
 - ・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27年度 医師留学支援事業費補助金 (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)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27年度医師留学支援事業費補助金 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
補助事業について、上記補助金交付要綱第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27年度医師留学支援事業費補助金 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 留学事業報告書（別紙6）
- 4 添付書類
(1) 支出額報告書（別紙7）

(別紙1)

留学事業計画書

申請者 所属 ()
氏名 ()

1 事業の概要

2 これまでの取り組み (申請者のアピール)

3 留学の目的、必要性

4 留学事業の内容

(1) 留学・研修先 (受け入れ許可文書を添付してください)

(2) 今回の留学・研修先選定理由

(3) 事業実施期間

平成 年 月 日～平成 年 月 日

(4) 研究、研修内容

(5) 家族同行の有無 (予定で結構です)

同行予定 同行者なし

(6) 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目標、効果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

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			
語 学 力 ※			

※語学力：国外への留学のため補助金の交付申請を行う場合は記入してください。

(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) 留学先までの 往復旅費			
(2) 住居費			
(3) 研修費			
(4) その他理事長 が特に必要と 認める経費			
計			

※具体的に記入してください。

(別紙5)

留学経過報告書

申請者 所属 ()
氏名 ()

1 補助金申請時に計画した事業の概要

2 事業実施期間

平成 年 月 日～平成 年 月 日

3 留学事業の内容

(1) 留学・研修先 (変更があればその理由)

(2) 研究、研修内容

(3) その他

3 今年度中の実績

(1) 学会等での発表 ※行数は適宜増やして下さい。

学会名	発表内容

(2) 作成した論文名

論文名	掲載雑誌名	掲載年月 (予定を含む)

4 来年度以降の計画

【作成上の留意事項】

- 事業実施期間が年度をまたぐ場合は、今年度中の実績を3月末に提出してください。
- A4版2枚以内に、具体的に簡潔に記入してください。

(別紙6)

留学事業報告書

申請者 所属 ()
氏名 ()

1 補助金申請時に計画した事業の概要

2 事業実施期間

平成 年 月 日～平成 年 月 日

3 留学事業の内容

(1) 留学・研修先 (変更があればその理由)

(2) 研究、研修内容

(3) その他

3 当初事業目標 (研究、研修内容) 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]

4 留学期間中の研修、研究内容に関する学会発表や、論文があれば記入してください。

(1) 学会等での発表 ※行数は適宜増やして下さい。

学会名	発表内容

(2) 作成した論文名

論文名	掲載雑誌名	掲載年月 (予定を含む)

5 今後同じ施設に、あなたの施設から留学する予定者はいますか。

6 来年度以降のあなたの計画

【作成上の留意事項】

- 来年度以降のあなたの計画には、高知県の医療の発展の視点を加えて記入してください。
- A 4版2枚以内に、具体的に簡潔に記入してください。

(別紙7)

支出額報告書

申請者 所属 ()

氏名 ()

費目	※内容	支出額	備考
(1) 留学先までの 往復旅費			
(2) 住居費			
(3) 研修費			
(4) その他理事長 が特に必要と 認める経費			
計			

※領収書の写しを添付してください。

(別紙8)

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

報告者 住 所
名 称
氏 名 印

事業完了報告書

私、_____は、平成__年__月__日～平成__年__月__日までの間、
医師留学支援事業費補助金を受けましたが、下記のとおり、事業終了後の1年間を高知県
内の医療機関で勤務しましたので報告します。

記

勤務した期間	医療機関名