

経 費 所 要 額 調

第1号様式「交付申請書」の
『氏名』と同様の記載としてください。

申請者名 医療法人社団〇〇会
及び施設名 千葉歯科診療所
理事長 千葉 太郎

区分	総事業費 (A)	寄附金その 他の収入額 (B)	差引額 (A) - (B) (C)	対象経費の 支出予定額 (D)	基準額 (E)	選定額 (F)	補助率 (G)	補助所要額 (F) × (G) (H)	備考
	円	円	円	円	円	円		円	
在宅歯科医療機器等の 設備整備事業	●●●●		●●●●	●●●●	3,638,000	●●●●	2/3	▲▲▲	
医療安全体制を確立す るための設備整備事業					2,000,000		1/2		
合計	●●●●		●●●●					▲▲▲	

(注) 1 F欄の金額は、C、D及びEのうち最も少ない額を記入すること。
2 H欄の金額は、算出した額に1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額を記入すること。

① 別紙2の「2.医療機器等
整備内訳の合計金額」
(税込)を記載

② 補助対象設備を
購入するための
寄付金や、他の
補助金等がある
場合、金額を記

③ 差引額
(A) - (B)
を記載

④ (A)と同じ
金額

⑤ (C)(D)(E)
のうち、最も
少ない金額
を記載

⑥ (F) × 2/3 の金額を記載
※1,000円未満の端数は **切り捨て**
↓
第1号様式の申請額へ記載

法人の場合は、
法人名も記載

事業実施計画書
(在宅歯科医療機器等の設備整備事業)

開設者	医療機関名	所在地
千葉 太郎	医療法人社団〇〇会 千葉歯科診療所	〒260-8667 千葉市中央区市場町1-1

1. 医療機関の現況

厚生労働省委託講習会 又は 千葉県委託研修会 受講状況	受講者名	修了年月日	
	千葉 太郎 (歯科医籍番号 888888)	令和 〇〇年 〇月 〇日 どちらかに〇をしてください。	
勤務状況	1 常勤 2 非常勤 (常勤換算)		
在宅歯科診療 実施状況	本年度	在宅歯科診療 実施計画	来年度以降
	1月当たり 〇 件	1月当たり 6 件	
過去の国庫 補助の有無	有無	(「有」の場合) 補助年度	(「有」の場合) 国庫補助額
	有 無	年度	円
他の補助事業への 補助申請の有無	有無	(「有」の場合) 申請補助金名	
	有 無		

↑ 在宅歯科医療設備整備に関するもの

2. 医療機器等整備内訳

品目	銘柄	規格	員数	単価	金額	備考
1. 〇〇ポータブルユニット 2. 簡易椅子(安頭台)			1 1	〇〇〇 〇〇〇	〇〇〇 〇〇〇	
				消費税	〇〇〇	
				合計	〇〇〇	

※ 総額が150,000円に満たない場合は、交付決定を行わないものとする。

(注) 補助対象の設備は、厚生労働省委託講習会又は千葉県委託研修会を修了した歯科医師が在宅歯科診療に必要な医療機器等とする。

3. 整備事業の必要性

設備整備を必要とする理由

- 1. 在宅歯科診療を行うために、必要不可欠な診療機器であるため。
- 2. 訪問先での困難な歯科治療に対し、適切な姿勢を提供することができるため。

『2. 医療機器等整備内訳』に記載した『品目』に対して、
番号を付けて、それぞれ理由を記入してください。

(記入上の注意)

- 1 金額欄の合計額は、総事業費と一致すること。
- 2 勤務状況の欄について、「2非常勤」である場合、非常勤の年間勤務時間／常勤の年間勤務時間＞0.8であること。

参考様式

令和6年度歳入歳出予算書（抄本）

歳入		歳出	
在宅歯科診療設備整備費補助金（計） （内訳） 1 在宅歯科医療機器等の設備整備 2 医療安全体制を確立するための設備整備	▲▲▲ 円 ▲▲▲ 円 0 円	在宅歯科診療設備整備費（計） （内訳） 1 在宅歯科医療機器等の設備整備 2 医療安全体制を確立するための設備整備	●●●● 円 ●●●● 円 0 円
借入金	円	別紙1「経費所要額調」 補助所要額(H)の金額を記載	
自己資金（負担金）	◇◇◇ 円	別紙1「経費所要額調」 総事業費(A)から補助所要額(H)を引いた金額を記載 ※寄付金その他の収入が無い場合	
計	●●●● 円	計	●●●● 円

令和6年○月○○日

提出年月日
（第1号様式の日付と同じ）

別紙1「経費所要額調」
総事業費(A)の金額を記載

上記のとおり相違ないことを証明する。

補助事業者名 医療法人社団○○会
千葉歯科診療所
代表者 理事長 千葉 太郎

第1号様式「交付申請書」の
『氏名』と同様の記載としてください

個人医療機関は、院長（開設者）のみ記載

役員等名簿

番号	商号又は名称（半角）	商号又は名称（漢字）	氏名（半角）	氏名（漢字）	生年月日				性別 (M・F)	住 所	職 名
					元号 MTSH	年	月	日			
1	イリョウホウジンシャタマシカシンリョウジヨ	医療法人社団〇〇会 千葉歯科診療所	チハ タロウ	千葉 太郎	S	40	1	16	M	千葉県千葉市中央区市場町1-1	開設者
2	イリョウホウジンシャタマシカシンリョウジヨ	医療法人社団〇〇会 千葉歯科診療所	イチハラ ハナコ	市原 花子	S	51	10	5	F	東京都新宿区西新宿2-8-1	理事
3	イリョウホウジンシャタマシカシンリョウジヨ	医療法人社団〇〇会 千葉歯科診療所	ナラシノ カズオ	習志野 一男	H	1	6	27	M	神奈川県横浜市中区日本大通1	理事
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

【法人の場合】法人名、歯科診療所名を記載
【個人の場合】歯科診療所名を記載

・アルファベットで記載
大正:T
昭和:S
平成:H

歯科診療所の住所ではなく、
役員の住所を記載

第1号様式「交付申請書」の『住所』『氏名』
と同様の記載としてください。

現在における（**和**・当法人（団体））の役員等名簿に相違ありません。

どちらかに○をしてください。

令和6年 ○月○○日
提出年月日
（第1号様式の日付と同じ）

住所（法人その他の団体にあつては主たる事務所の所在地）
千葉県千葉市中央区市場町1-1

氏名（法人その他の団体にあつては名称及び代表者の氏名）
医療法人社団〇〇会 千葉歯科診療所
理事長 千葉 太郎

自署でない場合（PC等で
作成した場合）は、必ず押
印してください。
法人の場合は法人印。
個人の場合は院長名の印。

役員等名簿には、補助を受けようとする事業を行う者が

- ・個人である場合は本人を記載すること。
- ・法人その他の団体である場合は、その役員等（業務を執行する社員、取締役、執行役若しくはこれらに準じる者、相談役、顧問その他の実質的に当該団体の経営に関与している者又は当該団体の業務に係る契約を締結する権限を有する者をいう。）を記載すること。
ただし、当該団体の業務に係る契約を締結する権限を有する者については、本件補助金の申請に関する権限又は補助事業の執行に関する契約を締結する権限を委任されている者を除き省略することができる。