

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) 円	寄附金その 他の収入額 (B) 円	差引額 (A) - (B) (C) 円	対象経費の 支出予定額 (D) 円	基準額 (E) 円	選定額 (F) 円	補助率 (G)	補助所要額 (F) × (G) (H) 円	備考
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3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、金額を記載

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) × 1/2 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

事業実施計画書 (医療安全体制を確立するための設備整備事業)

法人の場合は、
法人名も記載

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

常勤歯科医師名と 医療安全に関する研 修会の受講状況	受講者名	講習名(テーマ)	受講年月日			
	千葉 二郎	緊急時の対応	令和〇〇年〇月〇日			
	医療事故	令和〇〇年〇月〇日				
	歯科医籍番号	666666				
歯科衛生士の配置状況	常勤 1名 非常勤 2名					
当該保険医療機関に 常時設置されている装 置・器具の状況	AED 0台(セット) 経皮的酸素飽和度測定機(パルスオキシメーター) 0台(セット)					
	酸素ボンベ及び酸素マスク 0台(セット) 血圧計 1台(セット)					
	救急蘇生キット 0台(セット) 歯科用吸引装置 1台(セット)					
緊急時の連携医療機 関	医療機関名 ▲▲病院					
当該保険医療機関に 設置されているユニッ ト数・滅菌器具等	歯科用ユニット数 1台 滅菌器 1台					
院内掲示に方法 について(自由記載)	例:待合室の患者から見易い場所に掲示している。					
歯科外来診療 医療安全体制加算	1届出済 2届出なし	在宅療養支援歯科診療所	1届出済 2今後届出予定			
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 2件		1月当たり 10件			
過去の国庫 補助の有無 (在宅歯科医療関係)	有・ 無	補助年度	国庫補助額	他の補助事業への 補助申請の有無 (在宅歯科医療関係)	有・ 無	申請補助金名
		年度	千円			

↑ 在宅歯科医療設備整備に関するもの

↑ 在宅歯科医療設備整備に関するもの

2. 医療安全体制を確立するための設備整備内訳

品 目	銘 柄	規 格	員 数	単 価	金 額	備 考
AED	〇〇〇		1	〇〇〇	〇〇〇	
パルスオキシメーター	〇〇〇		1	〇〇〇	〇〇〇	
酸素ボンベ	〇〇〇		1	〇〇〇	〇〇〇	
救急蘇生キット	〇〇〇		1	〇〇〇	〇〇〇	
必ず業者から見積を取り、その金額を記入して下さい。						
				消費税	〇〇〇	
				合計	〇〇〇	

※ 総額が100,000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、別記1の補助対象事業の内容を参照すること。

3. 整備事業の必要性

設備整備を必要とする理由
例:訪問診療の依頼が増える中、内科的疾患を持つ患者も増えており、治療中に患者の容態を注視する状況が増えたため。

(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。

参考様式

令和7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）	▲▲▲ 円	在宅歯科診療設備整備費（計）	●●●● 円
（内訳）		（内訳）	
1 在宅歯科医療機器等の設備整備	0 円	1 在宅歯科医療機器等の設備整備	0 円
2 医療安全体制を確立するための設備整備	▲▲▲ 円	2 医療安全体制を確立するための設備整備	●●●● 円
借入金	円		
自己資金（負担金）	◇◇◇◇ 円		
計	●●●● 円	計	●●●● 円

別紙1「経費所要額調」
補助所要額(H)の金額を記載

別紙1「経費所要額調」
総事業費(A)の金額を記載

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

令和7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(半カナ)	商号又は名称(漢字)	氏名(半カナ)	氏名(漢字)	生年月日				性別(M・F)	住所	職名
					元号 MTSH	年	月	日			
1	イリョウホクジンシヤクダン〇〇カイ チハシカシリョウジヨ	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	イリョウホクジンシヤクダン〇〇カイ チハシカシリョウジヨ	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	イリョウホクジンシヤクダン〇〇カイ チハシカシリョウジヨ	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

現在における(私・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7年 ○月○○日

提出年月日
(第1号様式の日付と同じ)

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。

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。