

別紙 1

経 費 所 要 額 調

申請者名  
及び施設名

| 区分                       | 総事業費<br>(A) | 寄附金その<br>他の収入額<br>(B) | 差引額<br>(A) - (B)<br>(C) | 対象経費の<br>支出予定額<br>(D) | 基準額<br>(E) | 選定額<br>(F) | 補助率<br>(G) | 補助所要額<br>(F) × (G)<br>(H) | 備考 |
|--------------------------|-------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|------------|------------|------------|---------------------------|----|
|                          | 円           | 円                     | 円                       | 円                     | 円          | 円          |            | 円                         |    |
| 在宅歯科医療機器等の<br>設備整備事業     |             |                       |                         |                       | 3,638,000  |            | 2/3        |                           |    |
| 医療安全体制を確立す<br>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, 0 0 0 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。

**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 |
|-----|-------|-----|
|     |       |     |

**1. 医療機関の現況**

|                                      |          |                 |                |
|--------------------------------------|----------|-----------------|----------------|
| 厚生労働省委託講習会<br>又は<br>千葉県委託研修会<br>受講状況 | 受講者名     | 修了年月日           |                |
|                                      | (歯科医籍番号) | 令和 年 月 日        |                |
| 勤務状況                                 | 1 常勤     | 2 非常勤           | (常勤換算)         |
| 在宅歯科診療<br>実施状況                       | 本年度      | 在宅歯科診療<br>実施計画  | 来年度以降          |
|                                      | 1月当たり 件  | 1月当たり 件         |                |
| 過去の国庫<br>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<br>補助申請の有無                  | 有無       | (「有」の場合) 申請補助金名 |                |
|                                      | 有 無      |                 |                |

**2. 医療機器等整備内訳**

| 品目 | 銘柄 | 規格 | 員数 | 単価  | 金額 | 備考 |
|----|----|----|----|-----|----|----|
|    |    |    |    | 円   |    |    |
|    |    |    |    | 消費税 |    |    |
|    |    |    |    | 合計  |    |    |

※ 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

**(記入上の注意)**

- 金額欄の合計額は、総事業費と一致すること。
- 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）<br>（内訳） | 円 | 在宅歯科診療設備整備費（計）<br>（内訳）   | 円 |
| 1 在宅歯科医療機器等の設備整備          | 円 | 1 在宅歯科医療機器等の設備整備         | 円 |
| 2 医療安全体制を確立するための<br>設備整備  | 円 | 2 医療安全体制を確立するための<br>設備整備 | 円 |
| 借入金                       | 円 |                          |   |
| 自己資金（負担金）                 | 円 |                          |   |
| 計                         | 円 | 計                        | 円 |

令和6年    月    日

上記のとおり相違ないことを証明する。

補助事業者名

代表者