

様式第 1 号

第 号
令和 8 年 7 月 1 日

佐賀県知事 様

住 所 佐賀県佐賀市城内一丁目 1-59
法人等名称 医療法人 ○○ ○○病院
代表者職、氏名 理事長 ○○ ○○

令和 8 年度佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金交付申請書

標記について、下記のとおり補助金を交付されるよう、佐賀県補助金等交付規則及び佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金交付要綱の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1. 補助金交付申請額

金 7 0 1 , 6 0 0 円

(別紙1)補助金所要額調書
表右下 県補助金所要額(E)
の合計額を記載。

2. 事業の目的及び内容

事業実施計画書のとおり

3. 事業完了予定期日

令和 9 年 3 月 3 1 日

今年度最後に事業(通院送迎
サービス)を実施する日付を
記載。

(添付書類)

(1) 人工透析医療機関における通院送迎サービス促進事業

① 佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金所要額調書 (別紙 1)

② 事業実施計画書 (別紙 2 - 1)

③ 収支予算 (見込) 書抄本 (別紙 3)

④ 誓約書 (別紙 4)

⑤ 対象経費ごとに必要な書類

ア. 車両整備費

購入・改造 (予定) 車両の見積書

購入・改造 (予定) 車両の仕様書 (製品仕様・改造仕様がわかるもの)

イ. 運転手人件費

人件費基準額 (見込) 計算表 (別紙 5)

(2) 福祉有償運送サービス利用支援事業

① 事業実施計画書・所要額調書 (別紙 2 - 2)

② 収支予算 (見込) 書抄本 (別紙 3)

③ 誓約書 (別紙 4)

必要な添付資料

令和 8 年度佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金所要額調書

新設／拡充の別	拡充	人工透析医療機関名： 医療法人 ○○ ○○病院
新設／拡充からの年数	1	年目 (※実際の事業開始年度：)
運転手人件費補助率	1/3	補助率は自動入力

青枠内はR6・R7年度に当事業を実施した事業者のみ記載 (R8に初めて当事業を実施される場合は空欄でかまいません。)

事業名：人工透析医療機関における通院送迎サービス促進事業

(単位：円)

補助対象経費	対象経費 A	寄附金その他の収入額 B	差引額 (A-B) C	所要額参考 (C×補助率) D	県補助金所要額 E
ア 車両整備費	2,500,000	0	2,500,000	833,333	500,000
イ 運転手人件費	604,800	0	604,800	201,600	201,600
合計	3,104,800	0	3,104,800	—	701,600

車両整備費の対象経費は、(添付資料)見積書から転記ください。
 運転手人件費は、(別紙5)人件費基準額(見込)計算表から転記ください。
 (様式上、入力セルは青色塗りつぶしとなっており、数値を入力すると、セルは無着色となります。)

- (注) 青色着色セルに入力すること。(青色着色セル以外は自動入力)
 まず初めに「新設/拡充の別」と「新設/拡充からの年数」を入力すること。
 令和6年度又は令和7年度に当補助事業を開始した場合のみ「※実際の事業開始年度」を記載すること。
 表内A(対象経費) イは(別紙5)人件費基準額(見込)計算表の合計基準額を記載。
 表内D(所要額参考)【自動入力】補助率について、アは1/3、イは1/2又は1/3又は1/4(交付要綱別表参照)
 表内E(県補助金所要額)【自動入力】アはDと500,000円のいずれか低い方を記載、イはDの額を記載。

事業実施計画書

人工透析医療機関名 医療法人 ○○ ○○病院

(別紙1)の医療機関名を記載すると、自動入力されます。

1. 事業内容

補助事業区分	人工透析医療機関における通院送迎サービス促進事業		
補助対象経費区分	<input checked="" type="checkbox"/> ア. 車両整備費 <input checked="" type="checkbox"/> イ. 運転手人件費		
事業内容	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 拡充	拡充の場合、拡充する内容 (火)(木)(土)の送迎の開始	
事業開始年月日	令和8年4月1日		
今年度送迎サービス実施日数(予定)	300 日		

拡充の場合のみ、「拡充する内容」を記載してください。
(拡充部分が補助対象となります。)
新設の場合は、送迎サービス全体が補助対象となるので、記載不要です。

2. 補助対象経費区分及び支出(予定)額

(単位:円)

補助対象経費区分	支出見込額内訳			備考
	区分	内容	金額	
ア 車両整備費	<input type="checkbox"/> 車両購入	購入車両(車種名等)について		
	<input checked="" type="checkbox"/> 車両改造	改造内容について 車いす対応リフト付へ改造	2,500,000	
	小計		2,500,000	
イ 運転手人件費	積算(1,200円×送迎時間数(見込))		金額	
	1,200円×504時間		604,800	
	小計		604,800	
支出額合計				

赤枠内をご記載ください。小計・支出額合計は自動入力です。

イ 運転手人件費の送迎時間数(見込)は、(別紙5)の「総走行時間数(見込)」の合計と合致します。

3. 補助事業の周知の方法

例(病院のホームページに掲載する。病院の待合室の掲示板上に掲載する。)

病院の待合室の掲示板上にポスターを掲示する。

補助要件として、当事業の実施について周知いただく必要があります。
ポスター例はお渡しできますので、ご連絡ください。

令和8年度収支予算(見込)書抄本

(1) 収入

(単位:円)

科目	予算(見込)額	備考
補助金	701,600	
自己資金	2,403,200	
		赤枠内を記載してください。 各数値は(別紙1)所要額調書から転記しています。 ※自己資金は、対象経費総額(A) - 県補助金所要額(E) 様式上部 赤枠内の年度の記載もお願いします。 各合計額(赤枠外)は自動入力されます。
合計	3,104,800	

(2) 支出

(単位:円)

科目	予算(見込)額	備考
車両整備費	2,500,000	
人件費	604,800	
合計	3,104,800	

本書は、原本と相違ないことを証明します。

令和8年7月1日

法人名: 医療法人〇〇 〇〇病院

代表者職・氏名: 理事長 〇〇 〇〇

←押印不要

誓 約 書

私は、下記の事項について誓約します。
なお、県が必要な場合には、佐賀県警察本部に照会することについて承諾します。
また、照会で確認された情報は、今後、私が県と行う他の契約等における身分確認に利用することに同意します。

記

- 自己又は自社の役員等が、次のいずれにも該当する者ではありません。
 - 暴力団(暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。)
 - 暴力団員(同法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。)
 - 暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者
 - 自己、自社若しくは第三者の不正な利益を図る目的又は第三者に損害を与える目的をもって暴力団又は暴力団員を利用している者
 - 暴力団又は暴力団員に対して資金等を提供し、又は便宜を供与する等、直接的又は積極的に暴力団の維持運営に協力し、又は関与している者
 - 暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者
 - 暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれらを利用している者
- 1の(2)から(7)までに掲げる者が、その経営に実質的に関与している法人その他の団体又は個人ではありません。

令和8 年 7 月 1 日

佐賀県知事 様

法人所在地 佐賀県佐賀市城内一丁目1-59

(ふりがな) いりょうほうじん〇〇 〇〇びょういん

法人名 医療法人〇〇 〇〇病院

(ふりがな) りじちょう 〇〇 〇〇

代表者職・名 理事長 〇〇 〇〇

←押印不要

生年月日 1960 年 7 月 1 日

人件費基準額(見込)計算表

人工透析医療機関名	医療法人 ○○ ○○病院
-----------	--------------

(別紙1)の医療機関名を記載すると、自動入力されます。

月	総走行時間数(見込) (時間)	単価 (円)	基準額 (円)
4月	52	1,200	62,400
5月	30		36,000
6月	40		48,000
7月	45		54,000
8月	50		60,000
9月	54		64,800
10月	25		30,000
11月	45		54,000
12月	42		50,400
1月	36		43,200
2月	40		48,000
3月	45		54,000
計	504		604,800

各月の送迎時間(新設・拡充部分)を入力してください。基準額・合計額は自動計算です。
※補助対象となるのは、送迎にかかった時間です。運転手の総労働時間ではありませんのでご注意ください。

→(別紙1)所要額調書
運転手人件費の対象
経費へ転記ください。

- ・各月合計時間数は1時間単位(1時間未満は切捨て)
- ・送迎サービスの新設又は拡充分に係る送迎時間数(見込)の各月合計を記載すること
- ・(別紙1)所要額調書の、イ(運転手人件費)のA(対象経費)の額と基準額合計が一致すること

4 月運行記録

事業開始前のサービス内容 (月) (水) (金) の送迎
 新規・拡充サービス内容 (火) (木) (土) の送迎を追加

人工透析医療機関名: 医療法人〇〇 〇〇病院
 車両登録番号: 佐賀123あ1234

No.	日付	曜日	運転者	出発時間	到着時間	所要時間 (分)	乗車人数 (人)	うち人工透析 患者数 (人)	人工透析患者 情報 ※1	新規・拡充 ※2
1	4月2日	木	△△	8:00	10:00	120	5	5	A,B,C,D,E	○
2	4月2日	木	△△	15:00	17:00	120	5	5	A,B,C,D,E	○
3	4月4日	土	△△	8:00	10:00	120	8	4	A,C,D,E	○
4	4月4日	土	△△	15:00	17:00	120	8	4	A,C,D,E	○
5	4月7日	火	△△	8:00	10:00	120	6	3	B,D,E	○
6	4月7日	火	△△	15:00	17:00	120	6	3	B,D,E	○
7	4月9日	木	△△	8:00	10:00	120	5	5	A,B,C,D,E	○
8	4月9日	木	△△	15:00	17:00	120	5	5	A,B,C,D,E	○
9	4月11日	土	△△	8:00	10:00	120	8	4	A,C,D,E	○
10	4月11日	土	△△	15:00	17:00	120	8	4	A,C,D,E	○
11	4月14日	火	△△	8:00	10:00	120	6	3	B,D,E	○
12	4月14日	火	△△	15:00	17:00	120	6	3	B,D,E	○
13	4月16日	木	△△	8:00	10:00	120	5	5	A,B,C,D,E	○
14	4月16日	木	△△	15:00	17:00	120	5	5	A,B,C,D,E	○
15	4月18日	土	△△	8:00	10:00	120	8	4	A,C,D,E	○
16	4月18日	土	△△	15:00	17:00	120	8	4	A,C,D,E	○
17	4月21日	火	△△	8:00	10:00	120	6	3	B,D,E	○
18	4月21日	火	△△	15:00	17:00	120	6	3	B,D,E	○
19	4月23日	木	△△	8:00	10:00	120	5	5	A,B,C,D,E	○
20	4月23日	木	△△	15:00	17:00	120	5	5	A,B,C,D,E	○
21	4月25日	土	△△	8:00	10:00	120	8	4	A,C,D,E	○
22	4月25日	土	△△	15:00	17:00	120	8	4	A,C,D,E	○
23	4月28日	火	△△	8:00	10:00	120	6	3	B,D,E	○
24	4月28日	火	△△	15:00	17:00	120	6	3	B,D,E	○
25	4月30日	木	△△	8:00	10:00	120	5	5	A,B,C,D,E	○
26	4月30日	木	△△	15:00	17:00	120	5	5	A,B,C,D,E	○
合計						3,120	162	106		

合計所要時間 (時間) 52

「出発時間」と「到着時間」は、「〇:〇〇」の形で記載してください。
 所要時間の合計(分)は自動計算です。
 →合計分数から、1か月あたりの所要時間を算出します。
 (自動計算、1時間未満は切捨て)

適宜行の追加・削除をしてください。(列削除は×)
 全ての項目を含む記録様式があれば、任意の様式で可。

※1 人工透析患者の通し番号等、医療機関の受診記録と照合したときに患者本人の通院が確認できる情報を記入してください。
 ※2 新規・拡充:送迎サービスの 신설・拡充に当てはまる場合に○を付けてください。(既存部分は補助対象外です。)