

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 特定非営利活動法人 ○○  
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 202,210 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 31 日

今年度最後に事業(福祉有償  
運送により透析患者を送迎)  
を実施する日付(予定)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

事業実施計画・所要額調書

実施事業所名 特定非営利活動法人 ○○

1. 事業区分

補助事業区分	福祉有償運送サービス利用支援事業	
事業開始年月日	令和8年4月1日	
今年度サービス実施日数(予定)	300日	

入力いただくのは赤枠内です。  
(正規利用料金・利用料金割引額・表最下部の合計欄及び 4. 所要額調書は、自動入力です。)

2. 対象経費

(単位:円)

実施月	正規利用料金内訳 (利用料金×利用人数)	正規利用料金	利用料金割引額内訳 (利用料金割引額×利用人数)	利用料金割引額	備考
4月	500 × 30 人	15,000	130 × 30 人	3,900	
	600 × 40 人	24,000	150 × 40 人	6,000	
	700 × 20 人	14,000	180 × 20 人	3,600	
5月	500 × 34 人	17,000	130 × 34 人	4,420	
	600 × 42 人	25,200	150 × 42 人	6,300	
	700 × 22 人	15,400	180 × 22 人	3,960	
6月	500 × 30 人	15,000	130 × 30 人	3,900	
	600 × 40 人	24,000	150 × 40 人	6,000	
	700 × 20 人	14,000	180 × 20 人	3,600	
7月	500 × 34 人	17,000	130 × 34 人	4,420	
	600 × 42 人	25,200	150 × 42 人	6,300	
	700 × 22 人	15,400	180 × 22 人	3,960	
8月	500 × 34 人	17,000	130 × 34 人	4,420	
	600 × 42 人	25,200	150 × 42 人	6,300	
	700 × 22 人	15,400	180 × 22 人	3,960	
9月	500 × 30 人	15,000	130 × 30 人	3,900	
	600 × 40 人	24,000	150 × 40 人	6,000	
	700 × 20 人	14,000	180 × 20 人	3,600	
10月	500 × 34 人	17,000	130 × 34 人	4,420	
	600 × 42 人	25,200	150 × 42 人	6,300	
	700 × 22 人	15,400	180 × 22 人	3,960	
11月	500 × 30 人	15,000	130 × 30 人	3,900	
	600 × 40 人	24,000	150 × 40 人	6,000	
	700 × 20 人	14,000	180 × 20 人	3,600	
12月	500 × 34 人	17,000	130 × 34 人	4,420	
	600 × 42 人	25,200	150 × 42 人	6,300	
	700 × 22 人	15,400	180 × 22 人	3,960	
1月	500 × 34 人	17,000	130 × 34 人	4,420	
	600 × 42 人	25,200	150 × 42 人	6,300	
	700 × 22 人	15,400	180 × 22 人	3,960	
2月	500 × 28 人	14,000	130 × 28 人	3,640	
	600 × 36 人	21,600	150 × 36 人	5,400	
	700 × 18 人	12,600	180 × 18 人	3,240	
3月	500 × 34 人	17,000	130 × 34 人	4,420	
	600 × 42 人	25,200	150 × 42 人	6,300	
	700 × 22 人	15,400	180 × 22 人	3,960	
合計	(のべ人数) 1,128人	663,400	(のべ人数) 1,128人	169,040	

3. 補助事業の周知の方法

例(ホームページに掲載する、ヘッドレストにチラシを装着する、等)
・当事業所の公式ホームページに「佐賀県人工透析患者通院支援事業」を実施している旨、掲載している
・送迎用車両のヘッドレストに事業チラシを掲載予定

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。チラシ例はお渡しますので、ご連絡ください。

4. 所要額調書

事業名	利用料金総額 A	割引相当額 B	事務手数料 (A×5/100) C	県費補助金所要額 (B+C) D	備考
福祉有償運送サービス 利用支援事業	663,400	169,040	33,170	202,210	

(注) 表内A(利用料金総額) 【自動入力】上記「2. 対象経費」の「正規利用料金」の総額を記載。  
表内B(割引相当額) 【自動入力】上記「2. 対象経費」の「利用料金割引額」の総額を記載。

# 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
利用者負担	494,360	
補助金	202,210	
合計	696,570	

赤枠内を記載してください。  
 (赤枠外は自動入力)  
 法人全体の収支ではなく、当該事業  
 実施にあたっての収支をご記載ください。  
**※ここに記載のものは一例です。**

各数値は(別紙2-2)4. 所要額調書 より  
 合計が利用料金総額(A)+事務手数料(C)  
 となるように記載。

(1)収入について  
 ・補助金：  
 所要額調書の県費補助金所要額(D)を転記  
 ・利用者負担：合計 - 補助金

(2)支出について  
 ・運転手人件費：合計-事務費  
 ・事務費：  
 所要額調書の事務手数料(C)を転記

## (2) 支出

科目	予算(見込)額	備考
運転手人件費	663,400	
事務費	33,170	
合計	696,570	

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：特定非営利活動法人 ○○

代表者職・氏名：理事長 ○○ ○○

←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

- 1 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。
  - (1) 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。)
  - (2) 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。)
  - (3) 暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者
  - (4) 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
  - (5) 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
  - (6) 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
  - (7) 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
- 2 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)	とくていひえいりかつどうほうじん ○○ ○○
法人名	特定非営利活動法人 ○○
(ふりがな)	りじちょう ○○ ○○
代表者職・名	理事長 ○○ ○○
生年月日	1960 年 7 月 1 日

←押印不要

別紙11 (参考様式)

4月運行記録

事業所名 特定非営利活動法人 ○○  
 車両登録番号 佐賀123あ1234

自宅(施設)の住所地  
 通院先の

No.	日付	運転者	人工透析 通院患者名	出着地	目的地 (医療機関名)	正規利用 料金額 (円)	割引額 (円)	利用者支払額 (円)	備考
1	4月1日	○○	△△	佐賀市	・ ・ 病院	600	150	450	
2	4月1日	○○	□□	小城市	・ ・ 病院病院	700	180	520	
3	4月3日	○○	△△	佐賀市	・ ・ クリニック	600	150	450	
4	4月3日	○○	□□	小城市	・ ・ クリニック	700	180	520	
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
合計						2,600	660	1,940	

○ 交付申請時に提出の必要ありませんが、年度末の変更交付申請、実績報告の際に必要となりますので、必ず日々の運行時に記録してください。

○ 割引額の列は、利用料金に1/4を乗じた額(10円未満端数は切り上げ)が自動入力されます。

※実施要綱第3条(2)より、利用料金の1/4以上の割引を行う必要があります。

※補助対象経費となる割引額の上限は、交付要綱別表2より、利用料金に1/4を乗じ、10円未満の端数は切り上げた額(=自動入力される額)です。

○ 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。

～ 記載略 ～

合計欄は自動入力です。