

佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金交付要綱 新旧対照表

旧	新
<p>第1～6条 略</p> <p>第7条 略</p> <p>2 略</p> <p>3 補助対象者は、補助事業完了後、当該補助金に係る消費税等仕入控除税額が確定した場合には、様式第6号により速やかに報告しなければならない。</p> <p>第8条 略</p> <p>第9条 略</p> <p>(1)～(2) 略</p> <p>(3) 第7条第2項の報告があったとき。</p> <p>2 略</p> <p>第10条 略</p> <p>附 則</p> <p>この要綱は、令和6年度分の補助金から適用する。</p>	<p>第1～6条 略</p> <p>第7条 略</p> <p>2 略</p> <p>3 補助対象者は、補助事業完了後、当該補助金に係る消費税等仕入控除税額が確定した場合には、様式第6号により速やかに報告しなければならない。<u>人工透析医療機関における通院送迎サービス促進事業において車両整備費の補助を受けた場合は、仕入控除税額が0円の場合も様式第6号により速やかに報告しなければならない。</u></p> <p>第8条 略</p> <p>第9条 略</p> <p>(1)～(2) 略</p> <p>(3) 第7条第3項の報告があったとき。</p> <p>2 略</p> <p>第10条 略</p> <p>附 則</p> <p>この要綱は、令和6年度分の補助金から適用する。 <u>この要綱は、令和8年度分の補助金から適用する。</u></p>

別表1（第3条関係）

補助事業区分	補助対象者	対象経費	基準額	補助率
(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	外来の人工透析患者を受け入れる医療機関	ア 車両整備費 ・車両購入費 (通院送迎サービスの 新設又は拡充に伴 う費用。) ・車両改造費 (通院送迎サービスの 新設又は拡充に伴 う費用。ただし、当該 補助金の交付を受 け購入した車両の改 造費については購入 と同年度のみ対象と する。)	対象経費総額	1/3以内 (ただし、年間 500,000 円を 上限とする。)
		イ 運転手 ^ロ の人件費 (通院送迎サービスの 新設又は拡充に伴 う人件費。ただし人 工透析患者が乗車す る回の送迎時間に係 る人件費に限る)	基準時給 (<u>1,000</u> 円)× 送迎時間 ○1か月の合 計送迎時間は 1時間単位 (1時間未満 は切捨て)	<u>1/4以内</u>
		ウ 送迎に使用する 車両の燃料費 (ただし人工透析患	基準距離単価 (<u>20</u> 円/キ ロメートル)	<u>1/4以内</u>

別表1（第3条関係）

補助事業区分	補助対象者	対象経費	基準額	補助率
(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	外来の人工透析患者を受け入れる医療機関	ア 車両整備費 ・車両購入費 (通院送迎サービスの 新設又は拡充に伴 う費用。) ・車両改造費 (通院送迎サービスの 新設又は拡充に伴 う費用。ただし、当該 補助金の交付を受 け購入した車両の改 造費については購入 と同年度のみ対象と する。)	対象経費総額	1/3以内 (ただし、年間 500,000 円を 上限とする。)
		イ 運転手人件費 (<u>令和6年度以降の</u> 通院送迎サービスの 新設又は拡充に伴 う人件費。ただし人 工透析患者が乗車す る回の送迎時間に係 る人件費に限る)	基準時給 (<u>1,200</u> 円)× 送迎時間 ○1か月の合 計送迎時間は 1時間単位 (1時間未満 は切捨て)	<u>新設の場合</u> <u>【3年目迄】</u> <u>1/2以内</u> <u>【4年目以降】</u> <u>1/4以内</u> <u>拡充の場合</u> <u>【3年目迄】</u> <u>1/3以内</u> <u>【4年目以降】</u> <u>1/4以内</u>

		<p><u>者が乗車する回の送迎距離に係る燃料費に限る)</u></p>	<p><u>×送迎に係る走行距離(キロメートル)</u> <u>○1か月の合計走行距離は1キロメートル単位(1キロメートル未満は切捨て)</u></p>	<p>※<u>各年度、4月1日</u>から3月31日までに発生した対象経費を補助対象とする。</p>
<p>※<u>令和6年度は5月24日</u>から3月31日までに発生した対象経費を補助対象とする。</p>		<p>※<u>各年度、4月1日</u>から3月31日までに発生した対象経費を補助対象とする。</p>		
<p>別表2 (第3条関係) 略</p>		<p>別表2 (第3条関係) 略</p>		
<p>※<u>令和6年度は5月24日</u>から3月31日までに発生した対象経費を補助対象とする。</p>		<p>※<u>各年度、4月1日</u>から3月31日までに発生した対象経費を補助対象とする。</p>		

様式第1号

様式第1号

第 号
年 月 日

佐賀県知事 様

住 所
法人等名称
代表者職、氏名

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 円
- 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
年 月 日

(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
 - (1) 購入・改造(予定)車両の見積書
 - (2) 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 運転手の人件費
 - (1) 人件費基準額(見込)計算表(別紙5)
 - ウ 送迎に係る車両の燃料費
 - (1) 燃料費基準額(見込)計算表(別紙6)
- 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)

様式第1号

様式第1号

第 号
年 月 日

佐賀県知事 様

住 所
法人等名称
代表者職、氏名

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 円
- 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
年 月 日

(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)

様式第2号

様式第2号

第 号
年 月 日

佐賀県知事 様

住 所
法人等名称
代表者職、氏名

年度佐賀県人工透析患者通院支援事業費
補助金変更承認申請書

年 月 日付け障第 号により交付決定があった佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金について、事業の内容及び経費の配分を変更し、金 円 の追加交付（減額承認）を受けたいので、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。

(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 対象経費ごとに必要な書類
 - ア 車両整備費
 - (1) 購入・改造（予定）車両の見積書
 - (2) 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 運転手の人件費
 - (1) 人件費基準額（見込）計算表（別紙5）
 - ウ 送迎に係る車両の燃料費
 - (1) 燃料費基準額（見込）計算表（別紙6）

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）

様式第2号

様式第2号

第 号
年 月 日

佐賀県知事 様

住 所
法人等名称
代表者職、氏名

年度佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金変更承認申請書

年 月 日付け障第 号により交付決定があった佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金について、事業の内容及び経費の配分を変更し、金 円 の追加交付（減額承認）を受けたいので、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。

(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 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）

様式第3号

様式第3号

第 号
年 月 日

佐賀県知事 様

住 所
法人等名称
代表者職、氏名

年度佐賀県人工透析患者通院支援事業費
補助金実績報告書

年 月 日付け障第 号で交付決定の通知があった佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金に係る事業実績について、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、関係書類を添えて下記のとおり報告します。

記

1. 事業の効果

2. 事業完了期日

年 月 日

(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精算書 (別紙7-1)
- 2 事業実績報告書 (別紙8-1)
- 3 収支決算 (見込) 書抄本 (別紙9)
- 4 対象経費ごとに必要な書類

ア 車両整備費

- (1) 請求書
- (2) 領収書

イ 運転手の人件費

- (1) 人件費基準額計算表 (別紙1.0)
- (2) 運行実績を確認できる資料

→運行記録 (別紙1.2) の記録項目を含むものであれば任意様式も可。

ウ 送迎に係る車両の燃料費

- (1) 燃料費基準額計算表 (別紙1.1)
- (2) 運行実績を確認できる資料

→運行記録 (別紙1.2) の記録項目を含むものであれば任意様式も可。

②福祉有償運送サービス利用支援事業

- 1 佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金所要額精算書 (別紙7-2)
- 2 事業実績報告書 (別紙8-2)
- 3 収支決算 (見込) 書抄本 (別紙9)
- 4 運行実績を確認できる資料

→運行記録 (別紙1.3) の記録項目を含むものであれば任意様式も可。

様式第3号

様式第3号

第 号
年 月 日

佐賀県知事 様

住 所
法人等名称
代表者職、氏名

年度佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金実績報告書

年 月 日付け障第 号で交付決定の通知があった佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金に係る事業実績について、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、関係書類を添えて下記のとおり報告します。

記

1. 事業の効果

()

2. 事業完了期日

年 月 日

(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精算書 (別紙6-1)
- ② 事業実績報告書 (別紙7-1)
- ③ 収支決算 (見込) 書抄本 (別紙8)
- ④ 対象経費ごとに必要な書類

ア 車両整備費

- 請求書
- 領収書

イ 運転手人件費

- 人件費基準額計算表 (別紙9)
- 運行実績を確認できる資料

→運行記録 (別紙1.0) の記録項目を含むものであれば任意様式も可。

(2) 福祉有償運送サービス利用支援事業

- ① 佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金所要額精算書 (別紙6-2)
- ② 事業実績報告書 (別紙7-2)
- ③ 収支決算 (見込) 書抄本 (別紙8)
- ④ 運行実績を確認できる資料

→運行記録 (別紙1.1) の記録項目を含むものであれば任意様式も可。

様式第 4 号

様式第 4 号（概算払の場合）

第 号
年 月 日

佐賀県知事 様

住 所
法 人 等 名 称
代 表 者 職、氏 名

年度佐賀県人工透析患者通院支援事業費
補助金交付請求書

年 月 日付け障第 号で交付決定の通知があった佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金のうち、下記金額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請求します。

記

請求金額	金	円
(内 訳)		
交付決定額	金	円
交付済額	金	円
今回請求額	金	円
残額	金	円

振込先

金融機関名
預金種別及び口座番号
フリガナ
口座名義

様式第 4 号

様式第 4 号（概算払の場合）

第 号
年 月 日

佐賀県知事 様

住 所
法 人 等 名 称
代 表 者 職、氏 名

年度佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金交付請求書

年 月 日付け障第 号で交付決定の通知があった佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金のうち、下記金額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請求します。

記

請求金額	金	円
(内 訳)		
交付決定額	金	円
交付済額	金	円
今回請求額	金	円
残額	金	円

振込先

金融機関名・支店名	
預金種別・口座番号	
フリガナ	
口座名義	

※振込口座の口座名義人（カナ）が表記されているページ（表紙裏面等）を確認の上、
ご記入下さい。

様式第 5 号

様式第 5 号（精算払の場合）

第 号
年 月 日

佐賀県知事 様

住 所
法人等名称
代表者職、氏名

年度佐賀県人工透析患者通院支援事業費
補助金交付請求書

年 月 日付け障第 号で確定通知があった佐賀県人工透析患者通院
支援事業費補助金として、下記金額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請求します。

記

請求金額	金	円
確定補助金額	金	円
交付決定補助金額	金	円
交付済補助金額	金	円
残額（請求額）	金	円

振込先

金融機関名
預金種別及び口座番号
フリガナ
口座名義

様式第 5 号

様式第 5 号（精算払の場合）

第 号
年 月 日

佐賀県知事 様

住 所
法人等名称
代表者職、氏名

年度佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金交付請求書

年 月 日付け障第 号で確定通知があった佐賀県人工透析患者通院
支援事業費補助金として、下記金額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請求します。

記

請求金額	金	円
確定補助金額	金	円
交付決定補助金額	金	円
交付済補助金額	金	円
残額（請求額）	金	円

振込先

<u>金融機関名・支店名</u>	
<u>預金種別・口座番号</u>	
<u>フリガナ</u>	
<u>口座名義</u>	

※振込口座の口座名義人（カナ）が表記されているページ（表紙裏面等）を確認の上、
ご記入下さい。

様式第6号

様式第6号（仕入控除税額に係る報告書）

第 号
年 月 日

仕入控除税額に係る報告書

- 1 事業所（者）名
- 2 法人名および代表者氏名
- 3 事業所（者）の所在地
- 4 補助事業名
年度佐賀県人工透析患者通院支援事業
- 5 県補助金確定額（額の確定通知記載の額）
円

6 仕入控除税額の概要

(1) 補助金の使途の内訳（都道府県補助額）

	課税の区分				
	課税仕入使用分			非課税仕入	合計
	課税売上 対応分	非課税売上 対応分	共通対応分		
経費の 区分					
	合計				

(2) 課税売上割合

(3) 仕入控除税額の計算（〇〇方式）

様式第6号

様式第6号（仕入控除税額に係る報告書）

第 号
年 月 日

佐賀県知事 様

住 _____ 所
法人等名称
代表者職、氏名

年度消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

年 月 日付け障第 号で額の確定通知のあった 年度佐賀県人工透析患者
通院支援事業費補助金に係る消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額について、下記
のとおり報告します。

記

1. 補助対象事業者名 :

2. 県補助金確定額（額の確定通知記載の額） : 金 _____ 円

3. 仕入控除税額の概要（以下、別紙のとおりとし、任意様式でも可。）

(1) 補助金の使途の内訳（都道府県補助額）

	課税の区分				
	課税仕入使用分			非課税仕入	合計
	課税売上 対応分	非課税売上 対応分	共通対応分		
経費の 区分					
	合計				

(2) 課税売上割合

(3) 仕入控除税額の計算（〇〇方式）

様式別紙 1

別紙 1

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

人工透析医療機関名： _____

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	県費補助金所要額参考額 (C×補助率) D	県補助金所要額 E
ア 車両整備費			0	0	0
イ 運転手人件費			0	0	0
ウ 車両燃料費			0	0	0
合計	0	0	0	—	0

(注) 青色着色セルに入力すること。(他セルは自動入力)
 表内A列. イは(別紙5)人件費基準額(見込)計算表の合計基準額を記入すること。
 ウは(別紙6)燃料費基準額(見込)計算表の合計基準額を記入すること。
 表内D列. 補助率について、アは1/3、イ及びウは1/4(自動入力)
 表内E列. アはDと500,000円のいずれか低い方を記載、イ及びウはDの額を記載(自動入力)

様式別紙 1

別紙 1

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

人工透析医療機関名： _____

新設/拡充の別	
新設/拡充からの年数	
運転手人件費補助率	

年目(※実際の事業開始年度： _____)

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					
イ 運転手人件費					
合計	0	0	0	—	0

(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

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 type="checkbox"/> ①車両整備費	<input type="checkbox"/> ②運転手人件費	<input type="checkbox"/> ③車両燃料費
事業内容	<input type="checkbox"/> 新規 拡充の場合、拡充する内容 <input type="checkbox"/> 拡充 ()		
事業開始年月日	年	月	日
今年度送迎サービス実施日数(予定)	日		

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 type="checkbox"/> 車両改造	改造内容について		
	小計			
イ 運転手人件費	積算(1,000円×見込送迎業務従事時間数)		金額	
	小計			
	積算(20円×見込走行距離)		金額	
ウ 車両燃料費	小計			
	支出額合計			

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ポスターを掲示する。等)

事業実施計画書

人工透析医療機関名

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 type="checkbox"/> ア. 車両整備費	<input type="checkbox"/> イ. 運転手人件費	
事業内容	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 拡充 拡充の場合、拡充する内容		
事業開始年月日			
今年度送迎サービス実施日数(予定)		日	

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 type="checkbox"/> 車両改造	改造内容について		
	小計			
イ 運転手人件費	積算(1,200円×送迎時間数(見込))		金額	
	小計			
	支出額合計			

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ポスターを掲示する。等)

様式別紙 2 - 2

別紙2-2

事業実施計画・所要額調書

実施事業所名

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 年 月 日
今年度サービス実施日数(予定)	日

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	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
5月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
6月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
7月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
8月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
9月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
10月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
11月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
12月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
1月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
2月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
3月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
合計	(のべ人数) 0人		(のべ人数) 0人		

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)

4. 所要額調書

事業名	利用料金総額 A	割引相当額 B	乗務手数料 (A×5/100) C	事業開始年月 (B+C) D	備考
福祉有償運送サービス 利用支援事業					

(注)表内Aは、上記「2. 対象経費」の「正規利用料金」の総額を記入してください。(自動入力)
表内Bは、上記「2. 対象経費」の「利用料金割引額」の総額を記入してください。(自動入力)

様式別紙 2 - 2

別紙2-2

事業実施計画・所要額調書

実施事業所名

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	
今年度サービス実施日数(予定)	日

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	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
5月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
6月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
7月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
8月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
9月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
10月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
11月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
12月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
1月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
2月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
3月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
合計	(のべ人数) 0人		(のべ人数) 0人		

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)

4. 所要額調書

事業名	利用料金総額 A	割引相当額 B	乗務手数料 (A×5/100) C	事業開始年月 (B+C) D	備考
福祉有償運送サービス 利用支援事業					

(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。

様式別紙 3～4 略

様式別紙 5

別紙5

人件費基準額(見込)計算表

人工透析医療機関名	
-----------	--

月	送迎業務従事時間数 (時間)	単価 (円)	基準額 (円)
4月		1,000	
5月			
6月			
7月			
8月			
9月			
10月			
11月			
12月			
1月			
2月			
3月			
計			

- ・ 時間数は1時間単位(1時間未満は切捨て)
- ・ 送迎サービスの開設又は拡充分に係る送迎業務従事時間数の各月合計時間数を記入すること
- ・ (別紙1-1)イのA(対象経費)の額と基準額合計額が一致すること

様式別紙 3～4 略

様式別紙 5

別紙5

人件費基準額(見込)計算表

人工透析医療機関名	
-----------	--

月	送迎時間数(見込) (時間)	単価 (円)	基準額 (円)
4月		1,200	
5月			
6月			
7月			
8月			
9月			
10月			
11月			
12月			
1月			
2月			
3月			
計			

- ・ 各月合計時間数は1時間単位(1時間未満は切捨て)
- ・ 送迎サービスの開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)の額と基準額合計額が一致すること

燃料費基準額(見込)計算表

人工透析医療機関名	
-----------	--

月	総走行距離 (km)	単価 (円)	基準額 (円)
4月		20	
5月			
6月			
7月			
8月			
9月			
10月			
11月			
12月			
1月			
2月			
3月			
計			

- ・ 走行距離数は1キロメートル単位(1キロメートル未満は切捨て)
- ・ 送迎サービスの新設又は拡充分に係る走行距離の各月合計距離数を記入すること
- ・ (別紙1-1)ウのA(対象経費)の額と基準額合計額が一致すること

様式別紙 7-1

別紙 7-1

年度佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金所要額精算書

人工透析医療機関名:

事業名：人工透析医療機関における送迎サービス促進事業									
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	所要額参考額 (C×補助率) D	県補助金所要額 E	既交付決定額 F	県補助金 受入済額 G	差引過不足額 (F-G) H	備考
ア 車両整備費			0	0	0			0	
イ 運転手人件費			0	0	0			0	
ウ 車両燃料費			0	0	0			0	
合計	0	0	0	—	0	0	0	0	

(注) 青色着色セルに入力すること。(他セルは自動入力)
 表内A列、イは(別紙10)人件費基準額計算表の合計基準額を記入すること。
 表内B列、ウは(別紙11)燃料費基準額計算表の合計基準額を記入すること。
 表内D列、補助率について、アは1/3、イ及びウは1/4(自動入力)
 表内E列、アはDと500,000円のいずれか低い方を記入すること。イ及びウはDの額を記入すること。(自動入力)

様式別紙 6-1

別紙 6-1

年度佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金所要額精算書

人工透析医療機関名:

新設/拡充の別	
新設/拡充からの年数	年目(※実際の事業開始年度:)
運転手人件費補助率	

事業名：人工透析医療機関における送迎サービス促進事業

事業名：人工透析医療機関における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	既交付決定額 F	県補助金 受入済額 G	差引過不足額 (F-G) H
ア 車両整備費								
イ 運転手人件費								
合計	0	0	0	—	0			

(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)
 まず最初に「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7-1)のイ、運転手人件費の小計額」及び「(別紙9)人件費基準額計算表の基準額合計」と合致する。
 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。
 表内F(既交付決定額)は、交付決定通知(又は変更交付決定通知)に記載の交付決定額を記載。
 表内G(県補助金受入済額)は、概算払いで受入済の額を記載。精算払いの場合は「0」と記載。

様式別紙 7-2

別紙 7-2

年度佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金所要額精算書

事業所名: _____

事業名	(単位:円)								
	利用料金総額 A	利用者負担額 B	1/4割引相当額 C	事務手数料 D	県費補助所要額 (C+D) E	既交付決定額 F	県補助金 受入済額 G	差引過不足額 (F-G) H	備考
福祉有償運送 サービス利用 支援事業								0	

(注) 青色着色セルに記載すること

表内A: (別紙8-2)「事業実績報告書」の「正規利用料金」の総額

表内B: 利用者(人工透析患者)が福祉有償運送サービスを利用した際に実際に支払った額の合計。

表内C: (別紙8-2)「事業実績報告書」の「利用料金割引額」の総額

表内D: 利用料金に5/100を乗じた額(1円未満の端数が生じた場合はこれを切り捨てた額)

様式別紙 6-2

別紙 6-2

年度佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金所要額精算書

事業所名: _____

事業名	(単位:円)								
	利用料金総額 A	利用者負担額 B	割引相当額 C	事務手数料 D	県費補助所要額 (C+D) E	既交付決定額 F	県補助金 受入済額 G	差引過不足額 (F-G) H	備考
福祉有償運送 サービス利用 支援事業									

(注) 青色着色セルに記載すること

表内A(利用料金総額): (別紙7-2)事業実績報告書の「正規利用料金 合計」を記載。

表内B(利用者負担額): (別紙7-2)事業実績報告書の「正規利用料金 合計」-「利用料金割引額 合計」の額を記載。

表内C(割引相当額): (別紙7-2)事業実績報告書の「利用料金割引額 合計」を記載。

表内D(事務手数料): 【自動入力】表内A(利用料金総額)に5/100を乗じた額(1円未満の端数が生じた場合はこれを切り捨てた額)

表内F(既交付決定額): 交付決定通知(または変更交付決定通知)に記載の交付決定額を記載。

表内G(県補助金受入済額): 概算払いで受入済の額を記載。精算払いの場合は「0」と記載。

事業実績報告書

人工透析医療機関名

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 type="checkbox"/> ①車両整備費	<input type="checkbox"/> ②運転手人件費	<input type="checkbox"/> ③車両燃料費
事業内容	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 拡充	拡充の場合、拡充した内容 ()	
事業開始年月日	年	月	日
今年度送迎サービス実施日数(実績)		日	

2. 補助対象経費区分及び支出額

(単位:円)

補助対象経費区分	支出額内訳			備考
	区分	内容	金額	
ア 車両整備費	<input checked="" type="checkbox"/> 車両購入	購入車両(車種名等)について		
	<input type="checkbox"/> 車両改造	改造内容について		
	小計			
イ 運転手人件費	積算(1,000円×送迎業務従事時間数)		金額	
	小計			
ウ 車両燃料費	積算(20円×走行距離)		金額	
	小計			
支出額合計				

3. 補助事業の周知の方法

例(病院のホームページに掲載した。病院の待合室の掲示板にポスターを掲示した。等)

事業実績報告書

人工透析医療機関名

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 type="checkbox"/> ア. 車両整備費	<input type="checkbox"/> イ. 運転手人件費	
事業内容	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 拡充	拡充の場合、拡充した内容	
事業開始年月日			
今年度送迎サービス実施日数(実績)		日	

2. 補助対象経費区分及び支出額

(単位:円)

補助対象経費区分	支出額内訳			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 type="checkbox"/> 車両改造	改造内容について		
	小計			
イ 運転手人件費	積算(1,200円×送迎時間数)		金額	
	小計			
支出額合計				

3. 補助事業の周知の方法

例(病院のホームページに掲載した。病院の待合室の掲示板にポスターを掲示した。等)

様式別紙 8-2

別紙8-2

事業実績報告書

実施事業所名

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	年	月 日
今年度サービス実施日数(実績)	日		

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	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
5月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
6月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
7月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
8月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
9月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
10月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
11月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
12月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
1月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
2月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
3月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
合計	(のべ人数) 0人		(のべ人数) 0人		

3. 補助事業の周知の方法

例(ホームページに掲載した。ヘッドレストにチラシを装着した。等)

様式別紙 7-2

別紙7-2

事業実績報告書

実施事業所名

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			
今年度サービス実施日数(実績)	日		

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	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
5月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
6月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
7月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
8月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
9月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
10月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
11月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
12月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
1月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
2月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
3月	×人 ×人 ×人 ×人		×人 ×人 ×人 ×人		
合計	(のべ人数) 0人		(のべ人数) 0人		

3. 補助事業の周知の方法

例(ホームページに掲載した。ヘッドレストにチラシを装着した。等)

様式別紙 9

別紙9

年度収支決算(見込)書抄本

(1) 収入 (単位:円)

科 目	決算(見込)額	備 考
合 計		

(2) 支出 (単位:円)

科 目	決算(見込)額	備 考
合 計		

本書は、原本と相違ないことを証明します。

年 月 日

法人名:

代表者職・氏名:

様式別紙 8

別紙8

年度収支決算(見込)書抄本

(1) 収入 (単位:円)

科 目	決算(見込)額	備 考
合 計		

(2) 支出 (単位:円)

科 目	決算(見込)額	備 考
合 計		

本書は、原本と相違ないことを証明します。

年 月 日

法人名:

代表者職・氏名:

様式別紙 10

別紙10

人件費基準額計算表

人工透析医療機関名	
-----------	--

月	送迎業務従事時間数 (時間)	単価 (円)	基準額 (円)
4月		1,000	
5月			
6月			
7月			
8月			
9月			
10月			
11月			
12月			
1月			
2月			
3月			
計			

- ・ 時間数は1時間単位(1時間未満は切捨て)
- ・ 送迎サービスの開設又は拡充分に係る送迎業務時間数の各月合計時間数を記入すること
- ・ (別紙7-1)イのA(対象経費)の額と基準額の合計額が一致すること

様式別紙 9

別紙9

人件費基準額計算表

人工透析医療機関名	
-----------	--

月	送迎時間数 (時間)	単価 (円)	基準額 (円)
4月		1,200	
5月			
6月			
7月			
8月			
9月			
10月			
11月			
12月			
1月			
2月			
3月			
計			

- ・ 各月合計時間数は1時間単位(1時間未満は切捨て)
- ・ 送迎サービスの開設又は拡充分に係る送迎時間数の各月合計を記載すること
- ・ (別紙6-1)所要額精算書の、イ(運転手人件費)のA(対象経費)の額と基準額の合計額が一致すること

別紙11

燃料費基準額計算表

人工透析医療機関名	
-----------	--

月	総走行距離 (km)	単価 (円)	基準額 (円)
4月		20	
5月			
6月			
7月			
8月			
9月			
10月			
11月			
12月			
1月			
2月			
3月			
計			

- 走行距離数は1キロメートル単位(1キロメートル未満は切捨て)
- 送迎サービスの新設又は拡充分に係る走行距離の各月合計距離数を記入すること
- (別紙7-1)ウのA(対象経費)の額と基準額合計額が一致すること

削除

様式別紙 1.2

別紙 1.2 (参考様式)

月運行記録

事業開始前のサービス内容
新規・拡充サービス内容

人工透析医療機関名：
車両登録番号：

No.	日付	曜日	運転者	出発時間	到着時間	所要時間 (分)	走行距離 (km)	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											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
32											
33											
34											
35											
36											
37											
38											
39											
40											
41											
42											
43											
44											
45											
46											
47											
48											
49											
50											
合計											

合計所要時間 (時間)

※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：送迎サービスの新規・拡充に当てはまる場合に○を付けてください。(既存の場合は記入不要です。)

様式別紙 1.0

別紙 1.0 (参考様式)

月運行記録

事業開始前のサービス内容
新規・拡充サービス内容

人工透析医療機関名：
車両登録番号：

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											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
32											
33											
34											
35											
36											
37											
38											
39											
40											
41											
42											
43											
44											
45											
46											
47											
48											
49											
50											
合計											

合計所要時間 (時間)

※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：送迎サービスの新規・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。)

様式別紙 1.3

別紙 1.3 (参考様式)

月運行記録

事業所名 _____
車両登録番号 _____

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									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
合計						0	0	0	

様式別紙 1.1

別紙 1.1 (参考様式)

月運行記録

事業所名 _____
車両登録番号 _____

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									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
合計						0	0	0	