

別記

第 1 号様式（第 4 条関係）

第 号
年 月 日

岐阜県知事 様

住 所

補助事業者名

代 表 者 名

年度岐阜県オンライン診療によるへき地医療確保事業費
補助金交付申請書

このことについて、下記のとおり補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

- 1 補助申請額 金 円
- 2 経費所要額調（別紙 1）
- 3 事業計画書（別紙 2）
- 4 整備する情報通信機器等のカタログ及び見積書等
- 5 当該事業に係る歳入歳出予算書の抄本（任意様式）（補助事業者が市町村の場合に限る。）
- 6 その他参考となる書類

経 費 所 要 額 調

補助事業者名 ()								
施設の名称	基 準 額 (a)	対象経費の 支出予定額 (b)	(a)と(b)を比較 して小さい方の 額 (c)	総 事 業 費 (d)	寄 附 金 その他の 収 入 額 (e)	差引事業費 (f)=(d)-(e)	選 定 額 (g)	県 補 助 所 要 額 (h)
	円	円	円	円	円	円	円	円
合 計								

- (注) 1 (d)欄には、当該事業に係る部分のみ記入すること。
2 (g)欄には、(c)欄と(f)欄とを比較していずれか小さい方の額を記入すること。
3 (h)欄には、(g)欄の額の千円未満の端数を切り捨てた額を記入すること。
4 補助対象事業及び対象施設が複数ある場合は、適宜行を増やして記入すること。

事業計画書

【必須事業】

- 1 補助事業者（連絡先電話番号及びE-mailアドレス）
()
- 2 補助申請事業所等（○を付して名称を記載）
() オンライン診療を実施するへき地医療拠点病院等 ()
() オンライン診療の対象先となるへき地診療所 ()

3 設備整備の内容

品 名	銘 柄	規 格	数 量	単 価	金 額	設 置 場 所	備 考
1 補助対象事業分				円	円		
小 計	—	—	—	—		—	
2 補助対象外事業分				円	円		
小 計	—	—	—	—		—	
合 計	—	—	—	—		—	

4 補助事業の内容

■ オンライン診療を実施する医療機関

名 称 _____

(所在地) _____



■ オンライン診療の対象先となる「へき地診療所」又は「集会施設等」

名 称 _____

(所在地) _____

■ 事業内容・実施方法

※「オンライン診療の実施が可能とする患者の想定数」

【 】名程度

■ 事業取組スケジュール（予定）

【選 択 事 業】

- 訪問看護を受けている患者の緊急時に、医師の往診に代わり、看護師を派遣し、病院と患者宅との間でオンライン診療を行う取組

事業内容・実施方法

第 2 号様式（第 5 条関係）

第 号
年 月 日

岐阜県知事 様

住 所
補助事業者名
代 表 者 名

事業経費配分（内容）変更承認申請書

年 月 日付け 第 号で交付決定を受けた岐阜県オンライン
診療によるへき地医療確保事業費補助金に係る事業の経費配分（内容）を下
記のとおり変更したいので、承認されるよう申請します。

記

1 変更の内容

2 変更の理由

第 3 号様式（第 5 条関係）

第 号
年 月 日

岐阜県知事 様

住 所
補助事業者名
代 表 者 名

事業中止（廃止）承認申請書

年 月 日付け 第 号で交付決定を受けた岐阜県オンライン診療によるへき地医療確保事業費補助金に係る事業を中止（廃止）したいので、承認されるよう申請します。

記

中止（廃止）の理由

第 4 号様式（第 5 条関係）

第 号
年 月 日

岐阜県知事 様
住 所
補助事業者名
代 表 者 名

年度消費税等に係る仕入控除税額報告書

年 月 日付け 第 号で交付決定を受けた岐阜県
オンライン診療によるへき地医療確保事業費補助金に係る消費税等に係る仕
入控除税額について、下記のとおり報告します。

記

- 1 岐阜県補助金等交付規則第 14 条に基づく額の確定額

金 円
- 2 消費税等の申告により確定した消費税等に係る仕入控除税額（補助金返還相当額）

金 円

注：参考となる資料（2 の金額の積算の内訳等）を添付すること。

第 5 号様式（第 7 条関係）

第 号
年 月 日

岐阜県知事

様

住 所

補助事業者名

代 表 者 名

年度岐阜県オンライン診療によるへき地医療確保事業費補助金に係る
事業実績報告書

年 月 日付け 第 号により交付決定を受けた 年度岐阜県
オンライン診療によるへき地医療確保事業費補助金に係る事業の実績につい
て、下記のとおり関係書類を添えて報告します。

記

- 1 補助金精算額 金 円
- 2 経費所要額精算書（別紙 1）
- 3 事業実績明細書（別紙 2）
- 4 補助対象機器等の購入に係る領収書の写し
- 5 情報通信機器を用いた診療に係る基準の施設基準に係る届出の写し
（へき地医療拠点病院等の場合に限る。）
- 6 当該事業に係る歳入歳出決算（見込）書の抄本（任意様式）（補助事業者
が市町村の場合に限る。）
- 7 その他参考となる書類

経費所要額精算書

補助事業者名 ()

施設の名称	今回申請 に係る基準額	対象経費の 実支出額	(a)と(b) を比較し て小さい 方の額	総事業費	寄附金 その他の 収入額	差 引 事 業 費 (f) = (d) - (e)	選定額	県 補 助 交 付 額 決 定 額	県 補 助 所 要 額	県 補 助 受入済額	差 引 過 (△) 不 足 額 (k) = (i) - (j)
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)		(g)	(h)	(i)	(j)	(k)
	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円

- (注) 1 (d)欄には、当該事業に係る部分のみ記入すること。
2 (g)欄には、(c)欄と(f)欄とを比較していずれか小さい方の額を記入すること。
3 (i)欄には、(g)欄と(h)欄とを比較して小さい方の額（千円未満切捨て）を記入すること。
4 補助対象事業及び対象施設が複数ある場合は、適宜行を増やして記入すること。

事業実績明細書

【必須事業】

- 1 補助事業者（連絡先電話番号及びE-mailアドレス）
()
- 2 補助対象事業所等（○を付して名称を記載）
() オンライン診療を実施するへき地医療拠点病院等 ()
() オンライン診療の対象先となるへき地診療所 ()

3 設備整備の内容

品名	銘柄	規格	数量	単価	金額	設置場所	備考
1 補助対象事業分				円	円		
小計	—	—	—	—		—	
2 補助対象外事業分							
小計	—	—	—	—		—	
合計	—	—	—	—		—	

令和5年度岐阜県オンライン診療によるへき地医療確保事業費補助金 実施状況

■オンライン診療を実施した医療機関

名 称

(所在地)

■オンライン診療が提供された「へき地診療所」又は「集会施設等」

名 称

(所在地)

■実施実績等

1 オンライン診療の実施日等の設定（予め定めている場合）

(例：毎月第○水曜日 ○時～○○時 など)

2 オンライン診療実施実績（対象期間：令和5年4月～令和6年3月）

(1) 期間中にオンライン診療を実施した患者数（実人数）

名

(2) 実施実績（行は適宜調整してください）

実施日 (年月日)	患者数(人)	主な対象疾患	患者が看護師といる場合 のオンライン診療 (D to P with N) である場合「○」
計			

■評価、意見等

1 オンライン診療実施による医療機関としての評価、意見等

2 オンライン診療実施による患者の評価、意見等

3 オンライン診療実施による課題等

4 本補助制度「オンライン診療によるへき地医療確保事業費補助金」に係る意見全般
(補助内容、補助要件、補助対象、補助額など)

第 号
年 月 日

岐阜県知事 様
住 所
補助事業者名
代 表 者 氏 名

年度岐阜県オンライン診療によるへき地医療確保事業費補助金交付請求書

年 月 日付け 第 号で補助金の額の確定（交付決定）のあった 年度
岐阜県オンライン診療によるへき地医療確保事業費補助金の交付を受けたいので、下記のとおり
払いにより請求します。

記

補助金請求額 _____ 円

- | | |
|---------------|---|
| 1 額の確定（交付決定）額 | 円 |
| 2 既受領済額 | 円 |
| 3 今回請求額 | 円 |
| 4 残 額 | 円 |

発行責任者氏名 _____
発行担当者氏名 _____
連絡先 _____
(電話番号) _____

※代表者印がある場合は、発行責任者氏名等の記入は不要