

別記第1号様式

文 書 番 号
年 月 日

千葉県知事

様

補助事業者

住 所

氏名又は名称

(代表者名)

医療機関名

年度千葉県勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業補助金交付申請書

年度において、次のとおり千葉県勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業を実施したいので、千葉県補助金等交付規則第3条の規定により関係書類を添えて補助金の交付を申請します。

- 1 補助金の申請額 金 円
- 2 事業の種類 千葉県勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業
- 3 所要額調書（別紙1）
- 4 事業計画書（別紙2-1、2-2、2-3）
- 5 所要額明細書（別紙3-1、3-2、3-3）
- 6 添付書類
 - （1）歳入歳出予算書の抄本
 - （2）誓約書（別紙1-2）、役員等名簿（別紙1-3）
 - （3）その他参考となる書類

文 書 番 号
年 月 日

千葉県知事

様

補助事業者

住 所

氏名又は名称

(代表者名)

医療機関名

年度消費税等に係る仕入控除税額報告書

年 月 日千葉県医指令第 号で補助金交付決定のあった千葉県
勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業について、千葉県勤務医の労働時間短縮に
向けた体制整備事業補助金交付要綱第6条第8号の規定により下記のとおり報告します。

記

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 補助金の額の確定額 | 金 | 円 |
| 2 | 消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税に係る仕入控除
税額 | 金 | 円 |
| 3 | 補助金返還相当額 | 金 | 円 |
| 4 | その他参考となるべき資料（2及び3の金額の精算の内訳等） | | |

文 書 番 号
年 月 日

千葉県知事

様

補助事業者

住 所

氏名又は名称

(代表者名)

医療機関名

年度千葉県勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業補助金変更
(中止・廃止) 承認申請書

年 月 日付け千葉県医指令第 号で補助金交付決定のあった
千葉県勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業を次のとおり変更(中止・廃止)
したいので、千葉県勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業補助金交付要綱第7条の
規定により承認申請します。

1 変更(中止・廃止)事業名 千葉県勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業

2 変更(中止・廃止)の理由

3 変更前計画

4 変更後計画

別記第4号様式

文 書 番 号
年 月 日

千葉県知事

様

補助事業者

住 所

氏名又は名称

(代表者名)

医 療 機 関 名

年度千葉県勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業補助金実績報告書

年 月 日付け千葉県医指令第 号で補助金交付の決定のあった
千葉県勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業について、千葉県補助金等交付規則
第12条の規定により関係書類を添えてその実績を報告します。

- 1 所要額精算書（別紙6）
- 2 実績報告書（別紙7-1、7-2、7-3）
- 3 実績明細書（別紙8-1、8-2、8-3）
- 4 添付書類
 - （1）歳入歳出決算書抄本
 - （2）その他参考となる資料

文 書 番 号
年 月 日

千葉県知事 様

補助事業者
住 所
氏名又は名称
(代表者名)
医 療 機 関 名

年度千葉県勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業補助金状況報告書

年 月 日付け千葉県医指令第 号で補助金交付の決定のあった
千葉県勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業について、千葉県勤務医の労働時間
短縮に向けた体制整備事業補助金交付要綱第 9 条の規定によりその状況を報告します。

1 報告する事業区分

該当 事業	事業区分	添付書類
	地域医療勤務環境改善体制整備事業	別紙 1 0
	地域医療勤務環境改善体制整備特別事業	
	勤務環境改善医師派遣等推進事業	別紙 1 1－1、1 1－2

※ 報告対象となる事業区分に○をつけてください。

※ 勤務環境改善医師派遣等推進事業の場合、派遣先医療機関において作成をした
別紙 1 1－2 を取りまとめて添付してください。

別記第 6 号様式

文 書 番 号
年 月 日

千葉県知事 様

補助事業者

住 所

氏名又は名称

(代表者名)

医 療 機 関 名

年度千葉県勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業補助金交付請求書

年 月 日付け千葉県医達第 号で額の確定のあった千葉県勤務医
の労働時間短縮に向けた体制整備事業補助金を千葉県補助金等交付規則第 1 5 条の規定に
より下記のとおり請求します。

記

金 円

振 込 先 銀行 支店

フリカゝナ

口 座 名

預金種別 普通 ・ 当座

口座番号

別記第7号様式

文 書 番 号
年 月 日

千葉県知事 様

補助事業者

住 所

氏名又は名称

(代表者名)

医療機関名

年度千葉県勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業補助金概算払請求書

年 月 日付け千葉県医指令第 号で補助金交付の決定のあった
千葉県勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業補助金を千葉県補助金等交付規則
第16条の規定により下記のとおり請求します。

記

金 円

振込先 銀行 支店

フリカゝナ

口座名

預金種別 普通 ・ 当座

口座番号