訪問診療等設備整備事業費補助金 交付申請時チェックリスト

**このチェックリストは、交付申請書と一緒に提出してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 補助事業者名 |  |
| 所在地 | 郵便番号：  住所： |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E-mail |  |

※E-mailでの連絡がメインとなりますので、必ず連絡がつくよう、定期的にご確認いただけるアドレスをご記載ください。

○今回提出される交付申請書の内容について、条件に合致している項目を

チェック（☑）してください。

|  |
| --- |
| Ⅰ\_補助条件等の確認 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| チェック | 確認内容 | |
| □ | １ | 条件不利地域への訪問を行っていますか？（または令和７年度中に行う予定ですか？）  　条件不利地域…原則として訪問に要する移動時間が片道30分以上の地域 |
| □ | ２ | 過去に本事業による補助を受けたことがありますか？ |
| □ | ３ | 補助金の交付決定日以降に契約締結し、かつ、令和８年３月中旬までに整備が完了できますか？  ※交付決定日は９月下旬を予定しています。  ※交付申請後、交付決定日以前に契約（発注）する必要がある場合は、申請書類に交付決定前着手届（様式６）を添付してください。 |
| □ | ４ | 「車両」又は「医療機器・器具」のいずれか一方を、１台（1機器）のみの申請ですか？ |

|  |
| --- |
| Ⅱ\_提出書類の内容確認 |

**○様式１　交付申請書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| チェック | 確認内容 | |
| □ | １ | 【法人】  （補助事業者）欄に、「法人名」「法人代表者の役職名」及び「代表者氏名」が記載してありますか？  【個人事業者】  （補助事業者）欄に、「施設名」「個人事業主の役職名」「個人事業主氏名」が記載してありますか？ |
| □ | ２ | 「申請額」は、様式１別紙１のＨ欄の金額と一致していますか？ |

**○様式１別紙１　所要額調書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| チェック | 確認内容 | |
| □ | １ | Ａ～Ｈまでのすべてのセルは入力してありますか？ |
| □ | ２ | Ａ欄の数字は、見積書等の金額と一致していますか？  一致していない場合はその理由を（　）内に記載  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □ | ３ | Ａ欄の数字は、様式１別紙２の合計欄の数字と一致していますか？  一致していない場合はその理由を（　）内に記載  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □ | ４ | Ｅ欄の数字は、様式１別紙２の「１.補助対象事業分」の金額と一致していますか？ |

※ 車両購入の場合、見積書中の車両本体価格に値引き・下取りを反映した金額が補

助対象となります。

**○様式１別紙２　事業計画書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| チェック | 確認内容 | |
| □ | １ | 【車両購入の場合】  「１．補助対象事業分」は、車両本体価格になっていますか？ |
| □ | ２ | 合計欄の数字は、見積書の総額と一致していますか？ |

**○様式１別紙３　訪問診療等実施状況調書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| チェック | 確認内容 | |
| □ | １ | すべての欄を記入しましたか？  （記入例を参考としてください。） |

**○添付資料（車両・機器のカタログ、見積書、口座振替申出書等）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| チェック | 確認内容 | |
| □ | １ | 以下の書類が添付してありますか？  ＜必須＞  ○申請する車両・機器のカタログ  ○見積書（複数社分）  　※原則同じ機種（車種）で取得してください。  ※特殊な機器である等の事情により、複数社からの見積書徴収が難しい場合は、１社分の添付で結構です。その場合本チェックリストにその旨メモしてください。  ＜該当者のみ＞届出済の口座があり、変更を希望されない場合は不要  ○口座振替申出書(原則口座名義が補助事業者名と一致するものを登録)  ○預金通帳のカナ口座名義が記載されたページの写し  （通帳がない場合はカナ口座名義が確認できる書類）  ※補助金については、事業完了後に実績報告書をご提出いただいた後、今回ご提出の「口座振替申出書」に記載の口座に振り込みます。不採択となった場合は口座の登録は行わず、本申出書及び口座名義が分かる書類はこちらで破棄させていただきます。  ※提出の要否確認のため口座届出状況を確認されたい場合は、担当へ原則メールにてお問合せください。その際、支払いを希望する口座名義、口座番号もご記載ください。 |

以下、アンケートにご協力ください。

**○本補助金をどこでお知りになったか教えてください（該当するものに☑）**

　※複数チェック可

□　郡市医師会や歯科医師会、看護協会、薬剤師会など所属団体からの通知

□　県医師会会報（医師会ニュース）

□　県からのメールや会議での情報提供

□　県ホームページ

□　まめネット

□　その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**このチェックリストは、交付申請書と一緒に提出してください。**