

「療養病床あんしん確保対策事業費補助金」に係る
交付申請事務手続について（平成24年度）

1 申請期日

平成24年9月10日（月） 【厳守】

ただし、申請期日以降に介護療養病床から医療療養病床への移行を行ったことにより、補助対象となる場合については、随時、申請を受け付けます。

2 提出書類

申請書類等の作成に際しては、別紙「記載要領」を御確認ください。

- (1) 交付申請書【別記第1号様式】
 - (2) 事業計画書【所定の様式】
 - (3) 補助事業に係る収支予算書（見込書）【任意の様式】
 - (4) その他参考となる資料
- ① 振込口座届【所定の様式】

※ 昨年度に申請を行い、変更がない場合は提出不要です。

3 提出部数

正副各1部を提出願います。

4 提出先

- (1) 京都市内にある医療機関
京都府健康福祉部高齢者支援課 福祉サービス担当 あて
- (2) 京都市以外の区域に所在する医療機関
それぞれの所在市町村を所管する京都府保健所企画調整室 あて

5 電子ファイル（Word、Excel）による提出様式の提供

次の提出書類について、電子ファイル（様式）を用意しております。

①交付申請書（Word） ②事業計画書（Excel） ③振込口座届（Excel）

御希望の場合は、メール送信しますので、以下のアドレスまで連絡願います。

連絡先：t-horimoto56@pref.kyoto.lg.jp

6 お問い合わせ先

交付申請手続きや事業内容について、御不明の点がありましたら、メール（アドレスは上記）または電話（高齢者支援課：(075) 414-4574）にてお問い合わせ願います。

【別紙】

「療養病床あんしん確保対策事業費補助金」交付申請
事務手続に係る提出書類の記載要領

I 交付申請書（別記第1号様式）

・ 「年月日」

申請日を記載願います。申請期日（平成24年9月10日）以前としてください。

・ 「住所」及び「名称」

各医療機関の住所及び名称を記載願います。開設者が法人である場合は、法人名も併せて記載願います。

・ 「代表者名」

開設者が法人である場合は、法人の代表者名を記載願います。

・ 「担当者」及び「電話番号」

交付申請の内容について、確認させていただく場合がありますので、記入担当者の氏名及び連絡先を記載願います。

・ 「補助対象経費」及び「交付申請額」

「II 事業計画書」の該当欄から転記願います。

II 事業計画書

必要事項を記入（入力）し、実施主体等の補助要件や交付申請額の確認を行うとともに、実施する補助対象事業の内容等を記入願います（【記載例】を添付しておりますので、参考にしてください）。

なお、電子ファイルに入力する場合は、入力の必要な欄を黄色に着色しております。

1 がんばる医療療養病床支援事業の実施主体要件の確認

・ 医療療養病床数（許可病床数）

平成24年4月1日現在の病床数、年度中の増減数及び申請日現在の病床数について、算定する入院基本料別に区分して記載願います（回復期リハビリテーション病棟及び介護保険移行準備病棟は除きます。以下同じ）。

年度中（4月2日以降）の増減がある場合には、併せて異動日（増減のあった日）を「異動日」の欄に記載願います。

電子ファイルに入力する場合は、西暦（半角、年月日はスラッシュ（/）で区切る）で入力願います。

・ 療養病棟入院基本料2を算定する病棟における医療区分1患者数（実績及び見込み）

平成24年度における療養病棟入院基本料2を算定する病棟における入院基本

3 さきがけ医療療養病床支援事業の実施主体要件の確認、事業実施計画

- ・ 医療療養病床への移行を行う（予定の）介護療養病床数、移行（予定）日

平成24年度中に移行を行う（または予定している）介護療養病床数、移行（予定）日を記入願います。

- ・ 過去（平成21年度から23年度）に移行を行った病床数、交付を受けた補助金額

平成21年度から23年度において、介護療養病床から医療療養病床への移行を行った場合は、その病床数を記載願います。

また、その際に本事業（さきがけ医療療養病床支援事業）により補助金の交付を受けている場合は、その補助金額を記載願います。

- ・ ①実施する事業の内容及び目的

事業の内容及び目的（療養環境の改善）を具体的に記載願います。特に目的については、療養環境の改善のための経費であるということを明記願います。

- ・ ②経費の内訳

①の事業内容に対応する経費の内訳を記載願います。経費区分には、支出科目などを記載願います（各医療機関の会計のルールに従って記載して差し支えありません）。単価や数量がある場合は、積算を記載願います。支出予定額は円単位で記載願います。

- ・ ③所要額

②の支出予定額の合計（千円未満切り捨て）となります（電子ファイルの場合は自動計算。）

- ・ 補助基準額

補助基準額を記載願います（電子ファイルの場合は自動計算）。金額はマニュアルの5ページを御確認ください。

- ・ 補助対象経費

補助基準額（過去に交付を受けた補助金額がある場合は、その金額の2倍を控除してください）と所要額のいずれか低い方の額となります（電子ファイルの場合は自動計算）。

- ・ 交付申請額

補助対象経費×1/2（補助率）の額（千円未満切り捨て）となります（電子ファイルの場合は自動計算）。

Ⅲ 補助事業に係る収支予算書（見込書）

任意様式により、補助事業に係る収支がわかるものを提出願います。

別記第1号様式（第6条関係）

年 月 日

京都府知事 様

住 所
名 称
代 表 者 名
(担 当 者)
(電 話 番 号)

印

平成24年度療養病床あんしん確保対策事業費補助金交付申請書

療養病床あんしん確保対策事業補助金交付要綱に基づき、下記のとおり補助金の交付を申請します。

記

1 補助金交付申請額

事業区分	補助対象経費	交付申請額
がんばる医療療養病床支援事業	円	円
さきがけ医療療養病床支援事業	円	円

2 添付書類

- (1) 事業計画書
- (2) 補助事業に係る収支予算書（見込書）
- (3) その他参考となる資料

療養病床あんしん確保対策事業費補助金 事業計画書

1 がんばる医療療養病床支援事業の実施主体要件の確認

(1) 医療療養病床数（許可病床数）

※ 回復期リハビリテーション病棟及び介護保険移行準備病棟を除きます。

	4月1日時点	増減	申請日現在
医療療養病床数	床	床	床
うち、入院基本料1を算定	床	床	床
うち、入院基本料2を算定	床	床	床
	異動日		

(2) 入院基本料2を算定する病棟における医療区分1患者数（実績及び見込み）

※ 今後見込みについては、直近の実績値や平均値などを用いて、適切に見込んでください。

（単位：件）

診療報酬 請求月	療養病棟入院基本料2を算定する病棟に係る請求件数					計
	医療区分3	医療区分2	医療区分1			
	基本料A~C	基本料D~F	基本料G	基本料H	基本料I	
4月						
5月						
6月						
7月						
8月						
9月						
10月						
11月						
12月						
1月						
2月						
3月						
計						
			医療区分1の計			

(3) 医療区分1の患者数の割合が40%を超えていること

判定

※ 手書きの場合は記入不要。

2 がんばる医療療養病床支援事業の事業実施計画

(1) 補助基準額

千円

※1 補助単価：55,000円/床

※2 維持日数が1年に満たない場合は日割計算（千円未満切り捨て）

(2) 事業実施計画

① 実施する事業の内容及び目的

実施する事業の内容及び目的（療養環境の改善）を具体的に記載してください。

--

② 経費の内訳

支出が見込まれる経費の内訳について、具体的に記載してください。

(単位：円)

経費区分	積算明細	支出予定額
・		
・		
・		
・		
・		
・		
・		

③ 所要額

千円

※ 支出予定額の合計（千円未満切り捨て）

(3) 補助対象経費【交付申請書に記載する額】

千円

※ 補助基準額と所要額のいずれか低い方の額となります。

(4) 交付申請額【交付申請書に記載する額】

千円

※ 補助対象経費×補助率（1/2）

3 さきがけ医療療養病床支援事業の実施主体要件の確認、事業実施計画

(1) 医療療養病床への移行を行う（予定の）介護療養病床数、移行（予定）日

床

平成 年 月 日

※ 平成24年度中（平成25年3月31日まで）である必要があります。

(2) 過去（平21・22・23）に移行を行った病床数、交付を受けた補助金額

床

○過去に受けた補助金額 千円

※ 当該事業により補助金の交付を受けた場合に記入

(3) 事業実施計画

① 実施する事業の内容及び目的

実施する事業の内容及び目的（療養環境の改善）を具体的に記載してください。

--

② 経費の内訳

支出が見込まれる経費の内訳について、可能な限り具体的に記載してください。

(単位：円)

経費区分	積算明細	支出予定額
・		
・		
・		

③ 所要額

千円

※ 支出予定額の合計（千円未満切り捨て）

(4) 補助基準額

千円

(5) 補助対象経費【交付申請書に記載する額】

千円

※ 補助基準額（過去に交付を受けた補助金額の控除後）と所要額のいずれか低い方の額

療養病床あんしん確保対策事業費補助金 事業計画書

1 がんばる医療療養病床支援事業の実施主体要件の確認

(1) 医療療養病床数（許可病床数）

※ 回復期リハビリテーション病棟及び介護保険移行準備病棟を除きます。

	4月1日時点	増減	申請日現在
医療療養病床数	55 床	5 床	60 床
うち、入院基本料1を算定	0 床	0 床	0 床
うち、入院基本料2を算定	55 床	5 床	60 床
異動日		2012/10/1	

(2) 入院基本料2を算定する病棟における医療区分1患者数（実績及び見込み）

※ 今後見込みについては、直近の実績値や平均値などを用いて、適切に見込んでください。

（単位：件）

診療報酬 請求月	療養病棟入院基本料2を算定する病棟に係る請求件数					計
	医療区分3	医療区分2	医療区分1			
	基本料A~C	基本料D~F	基本料G	基本料H	基本料I	
4月	127	530	187	332	403	1579
5月	57	570	183	356	453	1619
6月	100	546	163	313	468	1590
7月	105	518	183	290	453	1549
8月	110	541	179	342	468	1640
9月	107	524	174	312	453	1570
10月	110	541	178	322	468	1619
11月	107	524	174	302	453	1560
12月	110	541	179	322	450	1602
1月	110	541	179	322	468	1620
2月	100	489	162	291	423	1465
3月	110	541	179	322	468	1620
計	1253	6406	2120	3826	5428	19033
					医療区分1の計	11374

(3) 医療区分1の患者数の割合が40%を超えていること

54.2%
判定
補助申請が可能です

※ 自動計算

※ 自動表示。手書きの場合は記入不要。

2 がんばる医療療養病床支援事業の事業実施計画

(1) 補助基準額

3,162 千円

※ 自動計算

※1 補助単価：55,000円/床

※2 維持日数が1年に満たない場合は日割計算（千円未満切り捨て）

(2) 事業実施計画

① 実施する事業の内容及び目的

実施する事業の内容及び目的（療養環境の改善）を具体的に記載してください。

【例示】

- ・療養病棟で使用する電気、水道代
- ・療養病棟の清掃委託費
- ・〇〇の目的で使用する◆◆機器の購入
- ・〇〇を目的として行う△△設備の改修工事 等

② 経費の内訳

支出が見込まれる経費の内訳について、具体的に記載してください。

(単位：円)

経費区分	積算明細	支出予定額
・ 光熱水費	電気代 @10万/月×12月	1,200,000
・ 備品購入費	車いす @10万×5台	500,000
・ 委託料	清掃委託 150万	1,500,000
・ 工事費	□□改修工事 150万	1,500,000
・		
・		
・		

③ 所要額

4,700 千円

※ 自動計算

※ 支出予定額の合計（千円未満切り捨て）が自動計算されます。

(3) 補助対象経費【交付申請書に記載する額】

3,162 千円

※ 自動計算

※ 補助基準額と所要額のいずれか低い方の額となります。

(4) 交付申請額【交付申請書に記載する額】

1,581 千円

※ 自動計算

※ 補助対象経費×補助率（1/2）

3 さきがけ医療療養病床支援事業の実施主体要件の確認、事業実施計画

(1) 医療療養病床への移行を行う（予定の）介護療養病床数、移行（予定）日

床

平成 年 月 日

※ 平成24年度中（平成25年3月31日まで）であることが必要です。

(2) 過去（平21・22・23）に移行を行った病床数、交付を受けた補助金額

床

○過去に受けた補助金額 千円

※ 当該事業により補助金の交付を受けた場合に記入

(3) 事業実施計画

① 実施する事業の内容及び目的

実施する事業の内容及び目的（療養環境の改善）を具体的に記載してください。

【例示】

- ・○○の目的で使用する◆◆機器の購入
- ・○○を目的として行う△△設備の改修工事 等

② 経費の内訳

支出が見込まれる経費の内訳について、可能な限り具体的に記載してください。

(単位：円)

経費区分	積算明細	支出予定額
・ 備品購入費	車いす @10万×10台	1,000,000
・ 工事費	□□改修工事 350万	3,500,000
・		

③ 所要額

千円

※ 支出予定額の合計（千円未満切り捨て）が自動計算されます。

※ 自動計算

(4) 補助基準額

千円

※ 自動計算

(5) 補助対象経費【交付申請書に記載する額】

千円

※ 補助基準額（過去に交付を受けた補助金額の控除後）と所要額のいずれか低い方の額

※ 自動計算

(6) 交付申請額【交付申請書に記載する額】

千円

※ 補助対象経費×補助率（1/2）

※ 自動計算

「療養病床あんしん確保対策事業費補助金」振込口座届

法人	ふりがな	
	名称	
	ふりがな	
	代表者職・氏名	
医療機関	住所	〒
	電話番号	
	ふりがな	
	代表者職・氏名	
口座番号	住所	〒
	電話番号	
	銀行 信用金庫	(本)支店
	普通・当座	第 号
	(よみがな) 口座名義	

※1 開設者が「法人」の場合は、「法人」の欄も御記入ください。

※2 「住所」や「連絡先」が、「法人」と「医療機関」で同一の場合は、「同上」で省略して差し支えありません。