

## 令和4年度下半期・令和5年度上半期 病院群輪番制病院運営事業補助金交付申請書類について

本事業におきましては、ペーパーレス化および会員病院の事務作業負担軽減に向けた取り組みとして、今回より、一部の申請書を除き**補助金申請および請求に関わる書類をExcelの様式で作成し、メールでご提出頂くことと致します。**

以下の様式のダウンロード方法・提出方法をご覧ください、ご提出頂きますようお願い致します。

### 1. 令和5年度上半期の申請に係る書類

<提出期限:3月3日(金)>

<ul style="list-style-type: none"><li>・補助金交付申請書【記入例①】</li><li>・所要額明細書【記入例②】</li><li>・委任状（京都市長様宛）※必要な場合のみ</li></ul> <p>※右記に該当する 病院の代表者と法人の代表者が異なり、法人 場合のみ提出： の代表者が病院群輪番制病院運営事業補助金 に関する一切の事務をその事業を実施する病 院の代表者に委託している場合</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・委任状(当協会宛・押印要)【記入例③】</li></ul>	<p>メールで提出</p> <p>郵送またはご持参</p>
---	-------------------------------

#### <作成・提出の方法>

1. 下記の京都私立病院協会ホームページより「補助金交付申請書類(様式)」をダウンロードして下さい。
2. 記入例①～②および様式内の注意事項を参考に「補助金交付申請書」「所要額明細書」のシートに入力して下さい。
3. 内容に誤りがないかを確認し、作成した「補助金交付申請書類(様式)」を**Excelデータ形式のままメールに添付し**「info@khosp.or.jp」へお送りください。なお、委任状(京都市長様宛)の提出が必要な病院は、ダウンロード・作成した委任状(京都市長様宛)も添付しご提出下さい。
4. 本資料と同封している委任状(当協会宛)を記入例③を参考に記入し、押印の上、当協会へ郵送して頂くか、ご持参下さい。

◎ 「補助金交付申請書類(様式)」および「委任状(京都市長様宛)」のダウンロードページ  
京都私立病院協会トップページ (<https://www.khosp.or.jp>) の2月7日付「新着情報」にあります。

◎ 必ず**3月3日(金)まで**にご提出頂きますようお願い申し上げます。

◇メールでの提出先：info@khosp.or.jp

◇郵送・ご持参での提出先（委任状(当協会宛)のみ）：

〒600-8411 京都市下京区烏丸通四条下ル水銀屋町620番地COCON烏丸8階  
一般社団法人京都私立病院協会 事務局担当 吾郷(アコリ)・田中

**令和4年度下半期の請求**に係る書類については、裏面をご覧ください。⇒

## 2. 令和4年度下半期の請求に係る書類

<提出期限:4月7日(金)>

<ul style="list-style-type: none"><li>・請求書【記入例④】</li><li>・実績報告書【記入例⑤】</li><li>・実績額明細書【記入例⑥】</li><li>・診療科目別患者数等調【記入例⑦】</li><li>・取扱患者状況調【記入例⑧】</li></ul>	} メールで提出
--	----------

### <作成・提出の方法>

1. 以下の京都私立病院協会ホームページより「補助金請求書類(様式)」をダウンロードして下さい。
2. 記入例④～⑧および様式内の注意事項を参考に「請求書」「実績報告書」「実績額明細書」「診療科目別患者数等調」「取扱患者状況調」のシートに入力して下さい。
3. 内容に誤りがないかを確認し、作成した「補助金請求書類(様式)」を**Excelデータ形式のまま**でメールに添付し「info@khosp.or.jp」へお送りください。

◎ 「補助金請求書類(様式)」のダウンロードページ

京都私立病院協会トップページ (<https://www.khosp.or.jp>) の2月7日付「新着情報」にあります。

◎ 必ず**4月7日(金)まで**にご提出頂きますようお願い申し上げます。

◇メールでの提出先: info@khosp.or.jp

## 3. その他提出書類

<届出内容より変更があった場合にのみ提出>

<ul style="list-style-type: none"><li>・振込依頼申出書【記入例⑨】</li></ul>	} メールで提出
--	----------

### <作成・提出の方法>

1. 以下の京都私立病院協会ホームページより「振込依頼申出書(様式)」をダウンロードして下さい。
2. 記入例⑨を参考に、「振込依頼申出書」のシートに入力して下さい。
3. 内容に誤りがないかを確認し、作成した「振込依頼申出書(様式)」を**Excelデータ形式のまま**でメールに添付し「info@khosp.or.jp」へお送りください。

◎ 「振込依頼申出書(様式)」のダウンロードページ

京都私立病院協会トップページ (<https://www.khosp.or.jp>) の2月7日付「新着情報」にあります。

## 4. 補助金申請・請求書類の作成・提出に係るお問い合わせ先

京都私立病院協会事務局担当 吾郷(アゴリ)・田中  
TEL: 075-354-8838

## 記入例①

- ※ 「補助金交付申請書類（様式）」では、黄色網掛け部分のみ入力できるようになっており、その他の箇所（網掛けのない赤字部分）は自動で反映・計算されるようになっています。
- ※ 申請書類作成に係る注意事項等は、「補助金交付申請書類（様式）」に記載されていますのでダウンロードしてご確認ください。

### 令和 5 年度病院群輪番制病院運営事業補助金交付申請書

（あて先）京 都 市 長	令和 <span style="background-color: yellow;">5</span> 年 <span style="background-color: yellow;">3</span> 月 <span style="background-color: yellow;">1</span> 日
病院の所在地	病院の名称, 法人名称及び代表者名
京都下京区烏丸通四条下ル水銀屋町 620番地COCON烏丸8階	病 院 名 <span style="background-color: yellow;">京都私立病院</span>
	法人名称及び代表者名 <span style="background-color: yellow;">医療法人●●会 理事長 私立 太郎</span>

京都市補助金等の交付等に関する条例第9条の規定により補助金の交付を申請します。															
交 付 申 請 額			<span style="font-size: 1.2em;">320,000</span>											円	
開 設 者 名	許 可 病 床 数	当 番 担 当 日 の 診 療 体 制													
		職 種 区 分	医 師	看 護 師	放 射 線 技 師	検 査 技 師	薬 剤 師	そ の 他	計						
医療法人 ●●会	120	常 勤 職 員 数	人	人	人	人	人	人	人						人
		非 常 勤 職 員 数	2	3	1				1	1				7	
		待 機 者 数	1				1	1						3	
事 業 計 画	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	計	
	当 番 担 当 日	1 (10)	13 28	11 (26)	20 29	17	(11)								
	計	日 2	日 2	日 2	日 2	日 1	日 1	日	日	日	日	日	日	日 10	

- 注 1 昼間の当番担当日は、( )を付して記入してください。
- 2 同一日の昼間と夜間の当番を担当するときは、その日を2回記入してください。
- 3 小児科担当病院として当番を担当するときは、記入した当番担当日を○印で囲んで記入してください。

## 記入例②

- ※ 「補助金交付申請書類（様式）」では、黄色網掛け部分のみ入力できるようになっており、その他の箇所（網掛けのない赤字部分）は自動で反映・計算されるようになっています。
- ※ 申請書類作成に係る注意事項等は、「補助金交付申請書類（様式）」に記載されていますのでダウンロードしてご確認ください。

### 病院群輪番制病院等運営事業所要額明細書

（ 病院名 **京都私立病院** ）

区 分	対象経費の支出予定額	備 考
	円	当 番 日 数
給与費		
1 常勤職員給与		
(1) 医 師	1,000,000	50,000 円 × 2 人 × 10 日
(2) 看護師	450,000	15,000 円 × 3 人 × 10 日
(3) 医療技術者	200,000	20,000 円 × 1 人 × 10 日
(4) その他	80,000	8,000 円 × 1 人 × 10 日
2 非常勤職員給与		
(1) 医 師	300,000	30,000 円 × 1 人 × 10 日
(2) 看護師	0	円 × 人 × 日
(3) 医療技術者	200,000	10,000 円 × 2 人 × 10 日
(4) その他	0	円 × 人 × 日
計	2,230,000	

注1 「対象経費の支出予定額」欄は、当番日にかかる上半期又は下半期の半年間の支出予定総額を記入してください。

※本委任状は全ての協力病院よりご提出頂く必要がございます。

※押印が必要なため、誠に恐れ入りますが、郵送またはご持参にて提出をお願い致します。

## 委 任 状

私は、一般社団法人京都私立病院協会会長を代理人と定め、

京都市病院群輪番制病院運営事業に関し、次の権限を委任します。

### 記

- 1 委任権限 京都市病院群輪番制病院運営事業に係る  
補助金の請求業務の一部
- 2 委任期間 2023年4月1日から2024年3月31日まで

2023 年 4 月 1 日

委任者 住 所 **京都市中京区壬生東高田町1-9**  
施設名 **医療法人●●会 京都私立病院**  
代表者名 **理事長 私立 太郎**

印

受任者 京都市下京区烏丸通四条下ル水銀屋町 620 番地  
COCON烏丸 8 階  
一般社団法人京都私立病院協会  
会 長 清水 鴻一郎 印

## 記入例④

- ※ 「補助金請求書類（様式）」では、黄色網掛け部分のみ入力できるようになっており、その他の箇所（網掛けのない赤字部分）は自動で反映・計算されるようになっています。
- ※ 請求書類作成に係る注意事項等は、「補助金請求書類（様式）」に記載されていますのでダウンロードしてご確認ください。

# 請 求 書

年 月 日

(あて先) 京 都 市 長

住所

京都下京区烏丸通四条下ル水銀屋町  
620番地COCON烏丸8階

病院名

京都私立病院

法人名称  
及び代表者名

医療法人●●会  
理事長 私立 太郎

下記の金額を請求します。

記

金 額	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円
				¥	3	2	0	0	0	0

ただし、令和 **4** 年度京都市病院群輪番制病院運営事業補助金( **下半期分** )として

## 記入例⑤

- ※ 「補助金請求書類（様式）」では、黄色網掛け部分のみ入力できるようになっており、その他の箇所（網掛けのない赤字部分）は自動で反映・計算されるようになっています。
- ※ 請求書類作成に係る注意事項等は、「補助金請求書類（様式）」に記載されていますのでダウンロードしてご確認ください。

### 令和 4 年度病院群輪番制病院運営事業実績報告書

（あて先）京 都 市 長	令和 <b>5</b> 年 <b>3</b> 月 <b>31</b> 日
病院の所在地	病院の名称, 法人名称及び代表者名
<b>京都下京区烏丸通四条下ル水銀屋町 620番地COCON烏丸8階</b>	病 院 名 <b>京都私立病院</b> 法人名称及び代表者名 <b>医療法人●●会 理事長 私立 太郎</b>

京都市補助金等の交付等に関する条例第18条第1項の規定により事業の実績を報告します。														
事業 の 実 績	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	計
	当 番 担 当 日							1 (10)	13 28	11 (26)	20 29	17	(11)	
	計	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
								2	2	2	2	1	1	10

- 注 1 昼間の当番担当日は、( )を付して記入してください。
- 2 同一日の昼間と夜間の当番を担当したときは、その日を2回記入してください。
- 3 小児科担当病院として当番を担当したときは、記入した当番担当日を丸印で囲んで記入してください。

## 記入例⑥

- ※ 「補助金請求書類（様式）」では、黄色網掛け部分のみ入力できるようになっており、その他の箇所（網掛けのない赤字部分）は自動で反映・計算されるようになっています。
- ※ 請求書類作成に係る注意事項等は、「補助金請求書類（様式）」に記載されていますのでダウンロードしてご確認ください。

### 病院群輪番制病院等運営事業実績額明細書

（ 病院名 **京都私立病院** ）

区 分	対象経費の実支出額	備 考
	円	当 番 日 数 <b style="color: red;">10</b> 日
給与費		
1 常勤職員給与		
(1) 医 師	<b style="color: red;">1,000,000</b>	50,000 円 × <b style="color: red;">2</b> 人 × <b style="color: red;">10</b> 日
(2) 看護師	<b style="color: red;">450,000</b>	15,000 円 × <b style="color: red;">3</b> 人 × <b style="color: red;">10</b> 日
(3) 医療技術者	<b style="color: red;">200,000</b>	20,000 円 × <b style="color: red;">1</b> 人 × <b style="color: red;">10</b> 日
(4) その他	<b style="color: red;">80,000</b>	8,000 円 × <b style="color: red;">1</b> 人 × <b style="color: red;">10</b> 日
2 非常勤職員給与		
(1) 医 師	<b style="color: red;">300,000</b>	30,000 円 × <b style="color: red;">1</b> 人 × <b style="color: red;">10</b> 日
(2) 看護師	<b style="color: red;">0</b>	円 × <b style="color: red;">  </b> 人 × <b style="color: red;">  </b> 日
(3) 医療技術者	<b style="color: red;">200,000</b>	10,000 円 × <b style="color: red;">2</b> 人 × <b style="color: red;">10</b> 日
(4) その他	<b style="color: red;">0</b>	円 × <b style="color: red;">  </b> 人 × <b style="color: red;">  </b> 日
計	<b style="color: red;">2,230,000</b>	

注1 「対象経費の実支出額」欄は、当番日にかかる上半期又は下半期の半年間の支給実績総額を記入してください。

(2-ア)



## 記入例⑦

- ※ 「補助金請求書類（様式）」では、黄色網掛け部分のみ入力できるようになっており、  
 その他の箇所（網掛けのない赤字部分）は自動で反映・計算されるようになっています。  
 ※ 請求書類作成に係る注意事項等は、「補助金請求書類（様式）」に記載されていますので  
 ダウンロードしてご確認ください。

1	上半期
2	下半期

### 病院群輪番制病院診療科目別患者数等調

#### 1 患者数等

（病院名 **京都私立病院** ）

区 分		計	内科	小児科	外科	脳外科	科	科	科	備 考
患 者 延 数	入院	6	2	2	2					
	外来	9	4	1	3	1				
	計	15	6	3	5	1				
1 日 (当番日) 平均	入院	0.6	0.2	0.2	0.2					
	外来	0.9	0.4	0.1	0.3	0.1				
	計	1.5	0.6	0.3	0.5	0.1				
実 診 療 (当番日)日数		10	/	/	/	/	/	/	/	

#### 2 取扱患者の来院方法別内訳

区分	初期救急医療施設から転送			そ の 他			計
	救急車	その他	計	救急車	その他	計	
入 院	1	3	4	2	0	2	6
外 来	2	3	5	3	1	4	9
計	3	6	9	5	1	6	15

(2-イ)

記入例⑧

※ 本シートでは、赤枠の中のみ入力できるようになっており、その他の箇所（赤枠外の赤字部分）は自動で反映・計算されるようになっています。  
 ※ 行が足りない場合は、行をコピーし挿入してください。  
 ※ 請求書類作成に係る注意事項等は、「補助金請求書類（様式）」に記載されています。

**病院群輪番制病院取扱患者状況調**

令和4年 10月1日～3月31日

(病院名 **京都私立病院**)

月 日	診療科目	入院外来別		来病院方法				住所別			備考	
		入院	外来	初期救急医療施設からの転送		その他		市内	市内を除く 下	府		他府県
				救急車	その他	救急車	その他					
10・1	夜	患者なし										
10・10	昼	小児科	○		○			伏見区				
10・10	昼	外科	○			○		北区				
11・13	夜	内科	○				○	中京区				
11・13	夜	脳外科		○		○			亀岡市			
11・28	夜	小児科		○			○	右京区				
12・11	夜	内科	○			○				大阪府		
12・26	昼	小児科	○			○			向日市			
1・20	夜	内科		○			○	山科区				
1・29	夜	外科	○				○	東山区				
2・17	夜	外科		○	○			伏見区				
2・17	夜	外科		○		○		左京区				
2・17	夜	内科		○		○		西京区				
3・11	昼	内科		○			○		宇治市			
3・11	昼	外科		○	○					滋賀県		
3・11	昼	内科		○			○	中京区				
計			6	9	3	6	5	1				

## 「病院群輪番制病院取扱患者状況調」の記入について

1. 「病院群輪番制病院取扱患者状況調」は、当番日において病院群輪番制病院としての取扱患者があった場合に、患者1人ずつについて記入してください。  
なお、取扱患者がなかった場合は、「患者なし」を選択してください。  
(注) 患者は、病院群輪番制病院として受け入れた患者のみを記入し、通常の外来診療等による患者は記入しないでください。
2. 月日欄は、昼間の当番のときは「昼」を、夜間の当番のときは「夜」を選択して下さい。  
夜間の当番の場合に、患者の来院時間が0時(24時)を過ぎて翌日になっていても前日の夜間の当番の月日を記入してください。  
また、夜間の当番に当たっている日における昼間の患者については、記載しないで下さい。

【例】 当番日 8月8日(月)の夜間(午後6:00～翌午前8:00)  
(来院日時)

患者A	8月8日	午後2時	記載しない。
患者B	8月8日	午後6時	8日で記載する。
患者C	8月9日	午前2時	8日で記載する。

3. 診療科目欄は、該当する診療科を選択してください。  
ただし、「その他」の場合は、「その他」の右欄に具体的な診療科を記入してください。
4. 入院外来別欄、来院方法別欄は、該当する欄に○印を記入してください。  
なお、「外来」とは、診療後入院しないで帰宅した場合を言い、「救急医療施設から転送」とは、初期救急医療施設において診療後に転送されてきた場合をいいます。
5. 住所地別欄は、該当する欄に具体的に記入してください。

※ 別添の記入例を参考にして下さい。

## 記入例⑨

- ※ 本シートに入力制限や自動で反映されるなどはありません。
- ※ 本申出書は以前に提出されている内容に変更があった際のみご提出ください。
- ※ 下記の記入例と注意事項に沿って作成してください。

# 振込依頼申出書

(あて先) 京 都 市 長	令和 <b>5</b> 年 <b>4</b> 月 <span style="color: red;">●</span> 日
申 出 人  病院の所在地  <b>京都下京区烏丸通四条下ル水銀屋町 620番地COCON烏丸8階</b>	病院の名称, 法人名称及び代表者名  病 院 名 <b>京都私立病院</b>  法 人 名 称 <b>医療法人●●会</b> 及び代表者名 <b>理事長 私立 太郎</b>  <span style="color: blue;">◆印鑑は不要です。</span>

次の口座に、請求金を振り込むよう依頼します。

送り先	<b>京 都</b> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">銀行</span> <b>本 店</b> 金庫										
受 取 人	預金 種目	<b>1. 普通(総合)</b> 8. 貯蓄 2. 当座 9.	口座 番号	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	
(フリガナ)		<b>イリョウハウジン●●カイ リジチョウ シリツ タロウ</b>									
口座名義		<b>医療法人●●会 理事長 私立 太郎</b>									
住 所		<b>京都下京区烏丸通四条下ル水銀屋町620番地 COCON烏丸8階</b>									

◆振込先金融機関名、預金種目、口座番号、口座名義、フリガナ、住所が正確に記入されていないと振込みができませんので、ご注意下さい。