

令和8年度上半期・令和8年度下半期 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、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・提出方法をご覧頂き、ご提出頂きますようお願い致します。

京都市域病院群輪番制病院 補助金単価（令和7年度～）

当番日	補助金単価
1 当番日当たり基本 （平日・土の夜間と日・祝日の昼間）	35,200円
日・祝日の夜間	70,400円
年末年始（12/29～1/3）の昼間	57,200円
〃 の夜間	114,400円

1. 令和8年度下半期の申請に係る書類

<提出期限:9月3日(木)>

- | | |
|---|--------|
| <ul style="list-style-type: none">・ 令和8年度下半期分 補助金交付申請書【記入例①】・ 所要額明細書【記入例②】 | メールで提出 |
|---|--------|

<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(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「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(様式)」を
Excelデータ形式のままでメールに添付し「rinban@khosp.or.jp」へお送りください。
- ◎ 「補助金交付申請書(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8月21日付「新着情報」にあります。
- ◎ 必ず**9月3日(木)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：rinban@khosp.or.jp

令和8年度上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8年度上半期の請求に係る書類

＜提出期限：10月6日(火)＞

・ 請求書【記入例③】 ・ 実績報告書【記入例④】 ・ 実績額明細書【記入例⑤】 ・ 診療科目別患者数等調【記入例⑥】 ・ 取扱患者状況調【記入例⑦】	} 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③～⑦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ください。
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「rinban@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>) 8月21日付「新着情報」にあります。

◎ 必ず **10月6日(火)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：rinban@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＞

・ 振込依頼申出書 【記入例⑧】	} 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⑧を参考に、「振込依頼申出書」のシートに入力してください。
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「rinban@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>) 8月21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 神田・阪田
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 8 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 8 年 9 月 1 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 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

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				352,000 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		床 120		常 勤 職員数	人 2	人 3	人 1	人	人	人	人	人	7	人
				非常勤 職員数	1			1	1		3			
				待機者数										
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	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		10 日
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。

記入例③

- ※ 「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）」に記載に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	5	2	0	0	0

ただし、令和 8 年度京都市病院群輪番制病院運営事業補助金(上半期分)として

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。

令和 8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 8 年 10 月 1 日
病院の所在地 京都下京区烏丸通四条下ル水銀屋町 620番地COCON烏丸8階	病院の名称, 法人名称及び代表者名 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

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	13	11	20	17	(11)							
	計	(10)	28	(26)	29									
	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
	計	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。

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 10 日
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。

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	人 6	人 2	人 2	人 2	人	人	人	人	
	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		日 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	人 1	人 3	人 4	人 2	人 0	人 2	人 6
外 来	2	3	5	3	1	4	9
計	3	6	9	5	1	6	15

(2-イ)

「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。

※ 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8年

4月1日～9月30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 救急車	その他	救急車	その他	市内	市内を除く 下	府 他府県	
4・1 夜	患者なし										
4・10 昼	小児科	○		○				伏見区			
4・10 昼	外科	○			○			北区			
5・13 夜	内科	○				○		中京区			
5・13 夜	脳外科		○		○				亀岡市		
5・28 夜	小児科		○			○		右京区			
6・11 夜	内科	○			○					大阪府	
6・26 昼	小児科	○			○				向日市		
7・20 夜	内科		○				○	山科区			
7・29 夜	外科	○				○		東山区			
8・17 夜	外科		○	○				伏見区			
8・17 夜	外科		○		○			左京区			
8・17 夜	内科		○		○			西京区			
9・11 昼	内科		○			○			宇治市		
9・11 昼	外科		○	○						滋賀県	
9・11 昼	内科		○			○		中京区			
計		6	9	3	6	5	1				

記入例⑧

- ※ 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 ● 年 ● 月 ● 日
申 出 人	病院の所在地 京都下京区烏丸通四条下ル水銀屋町 620番地COCON烏丸8階	病院の名称, 法人名称及び代表者名 病 院 名 京都私立病院 法 人 名 称 医療法人●●会 及び代表者名 理事長 私立 太郎 ◆印鑑は不要です。

次の口座に, 請求金を振り込むよう依頼します。

送 り 先	京 都 銀行 本 店 金庫										
受 取 人	預金 種目	1. 普通(総合)	8. 貯蓄	口座 番号	0	1	2	3	4	5	6
	(フリガナ) イリョウホウジン●●カイ リジチョウ シリツ タロウ										
	口 座 名 義 医療法人●●会 理事長 私立 太郎										
	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										

- ◆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。