別記様式第３号（第６条関係）

群馬県地域医療介護連携感染症予防・対策事業費補助金　交付決定変更交付申請書

令和○年○月○日

　群馬県知事　山本一太　宛て

　　　　　　　　　　　　申請者

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 | ○○○○○○医師会 |
| 代表者職・氏名 | 会長　○○　○○ |
| 所在地 | 前橋市大手町１－１－１ |

　下記１の基金事業について、下記２のとおり変更したいので、群馬県地域医療介護連携感染症予防・対策事業費補助金交付要綱第６条第２項の規定に基づき申請する。

記

１　対象事業

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年度 | 令和○年度 |
| 交付決定を受けた日 | 令和○年○○月○○日 |
| 交付決定の指令番号 | 健長第１０－○○号 |

２　変更後の事業費

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 派遣（医師） | ① | 31,183円× | ５回＝ | 155,915円 |
| 派遣（医師以外の職種） | ② | 21,160円× | ２５回＝ | 529,000円 |
| 旅費加算 | ③ | 1,200円× | ４回＝ | 4,800円 |
| 相談対応 | ④ | 556円× | ３２件＝ | 17,792円 |
| コーディネータ人件費 | ⑤ | 50,000円× | ５月＝ | 250,000円 |
| 会議・研修費 | ⑥ | 74,000円 | | |
| 内訳 |  | 講師報償費　30,000円× 1人＝30,000円  印刷費　　　20,000円× 1人＝20,000円  郵送費　　　120円×200箇所＝24,000円 | | |
| その他事業費 | ⑦ | 円 | | |
| 内訳 |  |  | | |
| 総事業費①＋②＋③＋④＋⑤＋⑥＋⑦ | ⑧ | 1,031,507円 | | |

３　変更後の収入見込み

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 補助金 | ⑨ | 981,000円 |  |
| 寄付金その他の収入（入場料、講習料、資料代など） | ⑩ | 50,000円 |  |
| その他収入 | ⑪ | 507円 |  |
| 総収入　⑨＋⑩＋⑪ | ⑫ | 1,031,507円 | ⑧と一致すること |

４　変更後の補助額

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 総事業費　⑧ | ⑧ | 1,031,507円 |  |
| 寄付金その他の収入（入場料、講習料、資料代など） | ⑬ | 50,000円 | ⑩と一致すること |
| 差引額⑧－⑬ | ⑭ | 981,507円 |  |
| 対象経費の支出予定額 | ⑮ | 981,507円 |  |
| 選定額　⑭と⑮のうち最も少ない額 | ⑯ | 981,507円 |  |
| 補助所要額　⑯の千円未満の端数を切り捨てた額 | ⑰ | 981,000円 |  |

５　変更後の消費税の算定

|  |  |
| --- | --- |
| 事業費に消費税相当額を | 含む。 |

６　変更後の事業計画

|  |  |
| --- | --- |
| 時期 | 内容 |
| １１月  １２月～２月  １２月～３月  未定 | 募集・応募  派遣　３０回  相談対応（会員等によるもの）　３２回  派遣結果報告会 |

７　特記事項

|  |
| --- |
|  |

　　　　　　　　　　　　担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 | ○○○○○○医師会 |
| 郵便番号・所在地 | 〒371-8570　前橋市大手町１－１－１ |
| 氏名 | ○○　○○ |
| 電話番号 | 027-897-2653 |
| メイルアドレス | houkatsukea@pref.gunma.lg.jp |