

平成 29 年度専門医等養成支援事業費補助金交付要綱

(趣旨)

第 1 条 この要綱は、専門医等養成支援事業費補助金（以下「補助金」という。）の交付に関し必要な事項を定めるものとする。

(補助目的及び補助対象事業)

第 2 条 一般社団法人高知医療再生機構（以下「機構」という。）は、高知県内の若手医師の資質向上及びキャリア形成のため、平成 29 年 3 月 31 日現在で、原則として経験年数が 15 年以下の若手医師が、医師の「新しい専門医の仕組み」の基本領域およびサブスペシャルティ領域（別図）の専門医等の資格を取得することを支援するために、一般社団法人日本専門医機構や学会認定の研修病院の指導医等が、若手医師に必要な研修環境を整備すること（以下「補助対象事業」という。）に対して、予算の範囲内で補助を行う。

(補助申請者の要件)

第 3 条 この要綱に基づき補助申請を行える者は、次の要件にすべて該当する者とする。

- (1) 高知県内の医療機関等に在籍する教授、准教授、診療部長等
- (2) 専門医の資格取得を目指す医師（初期臨床研修医を除く。）を指導している者
- (3) 現在所属している医療機関から、この補助事業の対象者として推薦を受けている者

(補助対象経費等)

第 4 条 補助対象事業に関する補助対象経費、補助率及び補助限度額は、別表のとおりとする。

- 2 機構が行う補助の額は、別表に定める補助対象経費の実支出額と補助限度額とを比較して少ない方の額とし、千円未満は切り捨てる。
- 3 補助対象期間中に専門医の資格を取得した者については、他の補助対象者の指導にあたることを条件として、年度内の予算の執行を認める。

(補助申請)

第 5 条 補助申請をしようとする者は、補助申請書（第 1 号様式）に関係書類を添えて、機構の理事長（以下「理事長」という。）が別に定める日までに、理事長に提出しなければならない。

- 2 補助対象期間は、平成 29 年 4 月 1 日から平成 30 年 3 月 31 日の範囲内とし、追加公募を行った場合には、申請日から平成 30 年 3 月 31 日の範囲内とする。

(補助事業者の決定)

第 6 条 補助事業者の選考は、一般社団法人高知医療再生機構の組織に関する規程（平成 22 年 3 月 29 日機構規則第 4 号）第 3 条第 1 項に定める助成評価委員会が行い、理

理事長がこれを決定する。

- 2 理事長は、選考結果を補助申請者全員に決定通知書（第2号様式）で通知する。
- 3 上記において、条件付採択の連絡を受けた者が、再申請書類の提出することのできる期限は、当該通知を受けた日から2週間以内とする。

（補助の条件）

第7条 補助目的を達成するため、補助事業者は次に掲げる事項を遵守しなければならない。

- （1）法令等の定め、補助金の交付決定の内容及び条件、その他理事長の指示に従い、善良な管理者の注意をもって補助事業を行うこと。
- （2）交付を受けた補助金は、補助対象事業に必要な経費にのみ使用しなければならないこと。
- （3）「費目」ごとの支出予定額が50%以上かつ20万円以上変わるなど補助対象事業の大幅な変更又は事業を中止する場合は、事前に補助金（変更・中止）承認申請書（第3号様式）を理事長に提出し、その承認を受けなければならないこと
- （4）補助対象事業が予定の期間内に完了しない場合又は事業の遂行が困難となった場合は、速やかに理事長に報告し、その指示を受けなければならないこと。
- （5）補助対象事業に係る収入及び支出の状況を明らかにした帳簿書類を作成し、補助対象事業の完了の翌年度から5年間保存しておかねばならないこと。
- （6）講演会や事業発表等の場においては、機構の補助事業を活用した旨の表示（発表）を積極的に行うこと
- （7）事業対象者が専門医の資格を取得した時には、専門医資格取得連絡票（別紙7）とともに「専門医資格登録証」の写しを送付すること。

（概算払等）

第8条 理事長は、補助事業者から求めがあり、かつ、補助の目的を達成するために必要があると認められるときは、概算払をすることができる。

- 2 補助金の概算払を受けようとするときは、概算払請求書（第4号様式）を理事長に提出しなければならない。
- 3 概算払の申出を行わなかった場合、又は、概算払を受けたが、その額が決定通知書（第2号様式）に記載された補助決定額を下回っている場合、補助事業者は、第10条に定める実績報告書の提出と併せて、補助金請求書（第5号様式）を提出しなければならない。なお、第10条で定める期間内に補助金請求書（第5号様式）の提出を行わない場合は、理事長は第1項に基づき既に行った概算払を除いて補助金の交付を行わない。

（振込口座等）

第9条 機構が補助金の振込先口座として使用する口座は、所属医療機関の口座又は当該補助金事業名と申請者名が併記された口座とする。

(実績報告の提出及び補助の確定)

- 第10条 補助事業者は、補助対象事業完了の日から30日以内又は当該年度の3月31日までのいずれか早い日までに、補助対象事業実績報告書（第6号様式）に関係書類を添えて、理事長に提出しなければならない。
- 2 理事長は、前項の補助対象事業実績報告書及び関係書類を確認し、補助事業者に対する最終補助確定額を決定する。
- 3 最終補助確定額が第8条第1項に基づき行った概算払による補助額を下回っている場合、第8条第3項に定める補助金請求書の提出の有無にかかわらず、理事長は概算払の額と最終補助確定額との差額を補助事業者に対して返還を求めなければならない。
- 4 最終補助確定額が第8条第3項に定める補助金請求書に記載された今回請求額、又は、補助金請求書に記載された既交付額と今回請求額の合計額を下回っている場合、理事長は最終補助確定額又は最終補助確定額から補助金請求書に記載された既交付額を控除した額を補助事業者に交付する。

(交付決定の取消・返還)

- 第11条 補助の条件に従わなかったとき、または、補助金の不正使用若しくは不正受給があったとき、その他補助対象事業において不正行為があったと認められた場合は、理事長は、補助金の交付決定を取り消し、既に交付した補助金の全部または一部の返還を命じるものとする。
- 2 補助金の交付決定の取消及び返還については、助成評価委員会の意見を踏まえて理事長が決定し、実施する。

(その他)

- 第12条 この要綱に定めるもののほか、補助金の交付に関して必要な事項は、理事長が別に定める。

附則

この要綱は、平成29年1月16日から施行する。

なお、この補助事業は平成29年度高知県当初予算の成立をもって、正式に実施が決定されるものとする。

別図

(別図)

サブスペシャリティ領域 (29)																													
集中治療科	脊椎外科	手外科	放射線診断	放射線治療	頭頸部がん	生殖医療	婦人科腫瘍	周産期	小児血液・がん	小児神経科	小児循環器	リウマチ科	小児外科	心臓血管外科	呼吸器外科	消化器外科	神経内科	老年病	感染症	アレルギー	肝臓	腎臓	糖尿病	内分泌代謝科	血液	呼吸器	循環器	消化器病	
基本領域 (19)																													
内科	小児科	皮膚科	精神科	外科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	脳神経外科	放射線科	麻酔科	病理	臨床検査	救急科	形成外科	リハビリテーション	総合診療											

(別表)

補助対象経費	補助率	補助限度額
(1) 自主勉強会等開催経費 (謝金、旅費、消耗品費、通信運搬費、手数料、使用料、会議費) (2) 学会等への参加経費 (学会、学会主催の講演会、研修会等への参加負担金・旅費) (3) 研修支援費 (書籍等購入費、文献閲覧費、論文等作成ソフト購入費、英文校閲料、論文の掲載料・別刷りの印刷料、消耗品費、通信運搬費、手数料、使用料) 資格取得を目指すために必要とする手技練習用医療機器で購入価格 (消費税込み価格) が 30 万円以内の機器購入にかかる費用 (4) その他理事長が特に必要と認める経費 (5) 指導者が若手医師の指導のために要する経費 ((1) ~ (4) に該当する経費の 20% 以内とする) (6) 事業の実施に必要な間接経費 ((1) ~ (5) に該当する金額の 5% 以内とする。)	定額	5, 000 千円/人
※ (2) で計上できる海外出張旅費は、その学会等において発表者となる場合のみに限定する。		

※（３）の書籍購入費は４００千円を上限とする。
（補助対象者が１名の場合は３００千円を上限とする。）

※（３）の手技練習用医療機器の購入は１申請につき１台限りを認める。

※（同一の）論文等作成ソフトの購入は（３）で１つ、（５）で１つの合計２つを上限とする。

第1号様式

平成 年 月 日

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋 様

申請者 住 所
氏 名 印

平成29年度専門医等養成支援事業 補助申請書

平成29年度専門医等養成支援事業費補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

- 1 補助申請額 金 円
- 2 事業（研修）計画書（別紙1）
- 3 補助事業実施期間
平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
- 4 添付書類
 - (1) 履歴書（別紙2）
 - (2) 推薦書（別紙3）
 - (3) 支出予定額調書（別紙4）
 - (4) その他参考書類

第2号様式

高医再発第 号
平成 年 月 日

申請者 住 所
氏 名 様

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋

平成29年度専門医等養成支援事業費補助申請に対する選考結果について

貴殿から申請のありました平成29年度専門医等養成支援事業に係る補助申請については、上記補助金交付要綱第6条第1項の規定に基づく助成評価委員会での選考を踏まえ、下記の結果と決定しましたので通知します。

記

{ 補助採択・条件付採択 }

- 1 補助決定額 金 _____ 円
- 2 補助事業実施期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
- 3 補助条件
 - ・提出した事業（研修）計画書（別紙1）に則り、事業を実施すること
 - ・なお、条件付採択の場合は、当該補助決定額を踏まえて、この通知書を受け取ってから2週間以内に、再度、事業（研修）計画書（別紙1）等の必要書類を提出すること
 - ・交付要綱で定められた事項等を守ること

{ 補助不採択 }

第3号様式

平成 年 月 日

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋 様

申請者 住 所
氏 名 印

平成29年度専門医等養成支援事業費補助金 (変更・中止) 承認申請書

平成 年 月 日付 高医再発第 号で交付の決定がありました補助金について、下記により(変更・中止)したいので、上記補助金交付要綱第7条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1 (変更・中止) 理由

2 添付書類

- ・変更承認申請の場合は、変更する事業内容及び経費(変更前と変更後とを比較することができるもの)を明らかにする書類
- ・中止承認申請の場合は、第5号様式及び第6号様式並びに関連書類

第4号様式

平成 年 月 日

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋 様

申請者 住 所
氏 名 印

平成29年度専門医等養成支援事業費補助金 概算払請求書

平成 年 月 日付 高医再発第 号で補助金の交付の決定がありました
補助事業について、上記補助金付要綱第8条第2項の規定により概算払によって交付され
るよう請求します。

記

補助金交付決定額 金 _____ 円

既交付額 金 _____ 円

今回請求額 金 _____ 円

残額 金 _____ 円

振 込 先	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	フリガナ 口座名義
				1 当座 2 普通	

第5号様式

平成 年 月 日

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋 様

申請者 住 所
氏 名 印

平成29年度専門医等養成支援事業費補助金 請求書

平成 年 月 日付 高医再発第 号で補助の決定がありました平成29年度専門医等養成支援事業について、上記補助金交付要綱第8条第3項の規定により請求書を提出します。

記

補助決定額 金 _____ 円

既交付額 金 _____ 円

今回請求額 金 _____ 円

振込先	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	フリガナ 口座名義
				1 当座 2 普通	

第6号様式

平成 年 月 日

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋 様

申請者 住 所
氏 名 印

平成29年度専門医等養成支援事業費補助金 実績報告書

平成 年 月 日付 高医再発第 号で交付の決定がありました補助金について、上記補助金交付要綱第10条第1項の規定により、実績を下記のとおり報告します。

記

- 1 交付決定額 金 _____ 円
- 2 実績額 金 _____ 円
- 3 事業（研修）報告書（別紙5）
- 4 添付書類
（1）支出額報告書（別紙6）

(別紙1)

事業（研修）計画書

申請者 所属（ ）
氏名（ ）

1 事業の概要

2 申請医療分野の現状と課題

3 これまでの取り組み

4 事業実施の目的、必要性

5 事業の内容

(1) 指導者氏名

(2) 補助対象者 合計 名

ふりがな 氏名	所属	医師 経験年数	補助を受けて取得しようとする資格		
			学会名	資格名	取得予定日

(3) 実施方法

(4) その他

6 事業の目標（期待される効果）

7 事業実施後の計画

【作成上の留意事項】

○事業の目標（期待される効果）は、高知県の医療の発展に貢献できる目標、効果についても記入してください。

○A 4版 2枚以内に、具体的に簡潔に記入してください。

(別紙2)

申請者履歴書

平成 年 月 日現在

氏 名		性別	男 女
生 年 月 日	19 年 月 日生 () 歳		
現 住 所	〒 電話		
所 属 機 関	〒 住所 名称 電話 FAX		
連 絡 先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 所属機関 e-mail		
学 歴 ・ 職 歴	年 月	最終学歴・職歴	
研修歴・研究歴等			

(別紙3)

平成 年 月 日

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋 様

推薦者 住 所
名 称
役職名
氏 名 印

推 薦 書

申請者の 所属機関	
申請者の 職種・氏名	
推薦理由	

(別紙4)

支出予定額調書

申請者 所属 ()

氏名 ()

費目	※内容	支出予定額	備考
(1) 自主勉強会等 開催経費			
(2) 学会等への 参加経費			
(3) 研修支援費			
(4) その他理事長 が特に必要 と認める経費			
(5) 指導のために 要する経費			参考 ((1)~(4)合計額) ×20%の額 = ()
(6) 間接経費			参考 ((1)~(5)合計額) ×5%の額 = ()
計			

※具体的に記入してください。

※(3) 研修支援費で手技練習用医療機器の購入を希望する場合は見積書を添付してください。

間接経費経理責任者	職名	
	氏名	
	連絡先	

※間接経費を含めて申請する場合は、必ず記載してください。

(2) 学会等での発表

発表者	学会名	発表内容

(3) 作成した論文名

作成者名	論文名	掲載雑誌名	掲載年月 (予定を含む)

(4) その他

4 活動の成果

(1) 年度内に取得させることができた資格（申請時に取得を計画していた資格）

ふりがな 氏名	所属	補助を受けて取得させた資格		
		学会名	資格名	取得年月日

(2) 年度内に取得させることができた資格（上記以外の資格）

ふりがな 氏名	所属	補助を受けて取得させた資格		
		学会名	資格名	取得年月日

3 当初事業目標からみた達成状況の自己評価（いずれかに○）

A（100%以上の達成） B（ほぼ達成） C（不十分であった）

[評価理由]

4 この事業による、高知県の医療への波及効果

5 来年度以降の計画

(別紙6)

支出額報告書

申請者 所属 ()

氏名 ()

費目	※内容	支出額	備考
(1) 自主勉強会等 開催経費			
(2) 学会等への 参加経費			
(3) 研修支援費			
(4) その他理事長 が特に必要 と認める経費			
(5) 指導のために 要する経費			参考 ((1)~(4)合計額) ×20%の額 = ()
(6) 間接経費			参考 ((1)~(5)合計額) ×5%の額 = ()
計			

※領収書の写しを添付してください。

間接経費経理責任者	職名	
	氏名	
	連絡先	

※間接経費を含めて申請する場合は、必ず記載してください。

(別紙7)

平成 年 月 日

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋 様

報告者 住 所
名 称
氏 名 印

専門医資格取得連絡票

事業対象者である _____ は、平成 ____ 年度及び平成 ____ 年度専門医等養成支援事業費補助金を受け、専門医資格の取得に取り組みましたが、平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日に学会の専門医資格を取得することができましたので報告します。

添付書類 専門医資格登録証の写し