

令和 6 年度指導医資格取得支援事業費補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、指導医資格取得支援事業費補助金（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、高知県内の医師の教育関連施設の増加及び若手医師の指導体制を充実するため、専門医の資格を有する医師が、医師の「新しい専門医の仕組み」の基本領域及びサブスペシャルティ領域（別表1）の指導医の資格取得を目指して行う活動（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。ただし、この要綱に基づく補助金を受けることのできる回数は、同一医師につき2回（2事業年度）を限度とする。

- (1) 高知県内の医療機関に在籍し、令和6年3月31日現在で専門医資格を取得後2年以上経過しており、当該専門分野の臨床経験を有する者で、その指導医資格の取得を目指す者
- (2) この補助事業の対象者としての決定を受け、指導医資格を取得した後、資格認定期間の開始日のうちいちばん遅い日から起算して、次の期間、高知県内の学会認定病院又は教育関連病院で医師の指導に協力する者
 - (ア) 1事業年度補助を受けた者・・・1年間
 - (イ) 2事業年度補助を受けた者・・・2年間
- (3) 現在在籍している医療機関から、この補助事業の対象者としての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2のとおりとする。

- 2 機構が行う補助の額は、別表2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。

(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、令和6年4月1日から令和7年3月31日の範囲内とし、追加公募を行った場合には、申請日から令和7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則（平成22年3月29日機構規則第3号）第6条に定める助成評価委員会が行い、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 前項において、条件付採択の通知を受けた者が、再申請書類の提出することができる期限は、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パーセント以上かつ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補助対象事業の遂行が困難となつた場合は、速やかにこれを理事長に報告し、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) 指導医資格を取得した時には、指導医資格取得連絡票（別紙7）とともに「指導医資格登録証」の写しを送付すること。
- (8) 補助対象事業の実施中又は終了後に、高知県外への異動や退職等により、第3条第2号の要件を満たさなくなる可能性が明らかになった場合には、ただちに理事長に協議すること。
- (9) 指導医の資格取得後、第3条第2号の要件を満たした場合には、事業完了報告書（別紙8）を提出すること。

(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 補助事業者は、前項の規定に基づき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 補助事業者は、概算払の請求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は、第10条第

1 項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条第1項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。ただし、これにより難い場合は、翌年度の4月10日までに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 理事長は、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、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 理事長は、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、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 理事長は、補助事業者が補助の条件に従わなかったとき又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、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又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、補助金の交付に関する必要な事項は、理事長が別に定める。

附 則

- 1 この要綱は、令和6年4月1日から施行する。
- 2 令和6年度補助額は、令和6年9月を目途に決定する。決定までに請求できる概算

払額は、補助(予定)額の2分の1を上限とする。

附 則

1 この要綱は、令和6年10月7日から施行し、令和6年4月1日から適用する

(別表 1)

基本領域	サブスペシャルティ領域	
内科	消化器内科	小児循環器
小児科	循環器内科	小児神経科
皮膚科	呼吸器内科	小児血液・がん
精神科	血液内科	周産期
外科	内分泌代謝・糖尿病内科	婦人科腫瘍
整形外科	脳神経内科	生殖医療
産婦人科	腎臓内科	頭頸部がん
眼科	膠原病・リウマチ内科	手外科
耳鼻咽喉科	消化器外科	脊椎脊髄外科
泌尿器科	呼吸器外科	集中治療
脳神経外科	心臓血管外科	がん薬物療法
放射線科	小児外科	
麻酔科	乳腺外科	
病理	放射線診断	
臨床検査	放射線治療	
救急科	アレルギー	
形成外科	感染症	
リハビリテーション科	老年科	
総合診療	腫瘍内科	
	内分泌外科	
	肝臓内科	
	消化器内視鏡	

(別表 2)

補助対象経費	補助率	補助限度額
(1) 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） (2) 研修費（書籍等購入費、文献閲覧費、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） (3) その他理事長が特に必要と認める経費 (4) 事業の実施に必要な間接経費((1)から(3)までに該当する金額の5%以内とする。)	定額	600千円／人

※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、補助対象経費とする。

※書籍購入費は150千円を上限とする。

※「公募事業Q&A」及び「補助対象経費・基準額等について」を確認すること。

第1号様式

令和 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 (自署または記名押印)

令和6年度指導医資格取得支援事業費補助金補助申請書

令和6年度指導医資格取得支援事業費補助金交付要綱第5条第1項の規定により、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 事業計画書（別紙1）

3 補助事業実施期間

令和 年 月 日から令和 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

※申請前に必ず令和6年度指導医資格取得支援事業費補助金交付要綱で申請者の要件や補助の条件をご確認ください。

第2号様式

高医再発第 号
令和 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

令和6年度指導医資格取得支援事業費補助金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令和6年度指導医資格取得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

{ 採択 ・ 条件付採択 ・ 不採択 }

1 補助(予定・決定)額 金_____円

※令和6年度補助額は、令和6年9月を目途に決定する。決定までに請求できる概算
払額は、補助額(予定)の2分の1を上限とする。

※補助額のうち書籍購入費上限額は150,000円とする。

2 補助事業実施期間 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで

3 事業実施にあたって

- ・提出した事業計画書(別紙1)に則り、事業を実施すること。
- ・交付要綱で定められた事項等を守ること。
- ・当事業の補助要件「指導医資格を取得した後に、補助を受けた期間と同期間、高知県内の学会認定病院又は教育関連病院で医師の指導に協力すること」を遵守すること。
なお、この要件を満たさなくなる可能性が生じた際には理事長に協議すること。
- ・指導医の資格取得後、要件を満たした際には事業完了報告書(別紙8)を提出すること。

4 採択条件

- ・条件付採択の場合は、この通知書の内容を踏まえて事業計画書(別紙1)等の必要箇所を修正し、通知書を受け取ってから2週間以内に再度提出すること。

第3号様式

令和 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 (自署または記名押印)

令和6年度指導医資格取得支援事業費補助金 (変更・中止) 承認申請書

令和 年 月 日付 高医再発第 号で補助の決定がありました令和6年度指導医資格取得支援事業について、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条第3号の規定により、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

令和 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 (自署又は記名押印)

令和6年度指導医資格取得支援事業費補助金 概算払請求書

令和 年 月 日付 高医再発第 号で補助の決定がありました令和6年度指導医資格取得支援事業について、補助金を上記補助金交付要綱第8条第2項の規定に基づき概算払によって交付されるよう請求します。

記

補助決定額 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

令和 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 (自署又は記名押印)

令和6年度指導医資格取得支援事業費補助金 請求書

令和 年 月 日付 高医再発第 号で補助の決定がありました令和6年度指導医資格取得支援事業について、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

令和 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 (自署又
は記名押印)

令和6年度指導医資格取得支援事業費補助金 実績報告書

令和 年 月 日 高医再発第 号で補助の決定がありました令和6年度
指導医資格取得支援事業について、上記補助金交付要綱第10条第1項の規定により、その
実績を下記のとおり報告します。

記

1 補助決定額 金 円

2 実績額 金 円

3 事業報告書（別紙5）

4 補助事業実施期間

5 添付書類

(1) 支出額報告書（別紙6）

(2) 支出に伴う証拠書類（領収書のコピー、学会等参加証、書籍一覧など）

(別紙1)

事業計画書

申請者 所属施設名 ()

診療科等 ()

氏名 ()

1 支援事業のこれまでの利用状況

事業名	指導医資格取得支援事業	専門医等資質向上支援事業	医師留学支援事業
利用回数			

※「専門医等養成支援事業」及び「医師留学支援事業【臨床研修医及び専攻医特別枠(旧:後期研修医特別枠)】」の利用については、記載不要です。

2 学会への所属の状況 ※行数は適宜増やしてください。

所属領域(学会)名	入会年月日	取得済の資格について	
		資格名	取得年月日

※「取得年月日」は少なくとも年月までは必ず記載してください。

3 補助を受けて取得しようとする資格について

領域(学会)名	資格名	取得予定年月日 (※初回の申請の場合は3年以内、2回目の申請の場合は2年以内の資格取得を目指すこと)	申請回数	
			今回 回目	
資格取得のための要件	資格取得に向けての状況 (進捗状況など)	今年度の実施計画		

※「資格取得のための要件」、「資格取得に向けての状況」、「今年度の実施計画」は簡潔に記載してください。

※「資格取得に向けての状況」は資格取得の要件に対して現時点での達成状況(例えば、○○学会発表1回、指導医講習会を1回受講、筆頭著者論文を1編作成など)を記載してください。

4 資格取得までのスケジュール

※資格取得までに参加する学会等や論文投稿、認定施設での必要勤務期間、申請書提出、受験時期などを完結に記載してください。

【記載例】令和〇年〇月 ○〇〇〇〇学会参加（発表）
令和〇年〇月 審査書類提出

5 自己や所属する医療機関の、申請分野の現状と課題

6 当該資格の取得による、高知県の医療への貢献

7 指導医取得後の計画

<作成上の留意事項>

- A4版2枚以内に、具体的に簡潔に記載してください。
- ※の注意書きは、申請書提出時には削除して構いません。

(別紙2)

申 請 者 履 歷 書

令和 年 月 日現在

ふりがな 氏名			性別	男 女
生年月日	西暦 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)

令和 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 (自署又は記名押印)

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5)

事業報告書

申請者 所属施設名 ()

診療科等 ()

氏名 ()

1 補助申請時に取得することを計画した資格

領域（学会）名	資格名	取得予定年月日

2 活動実績の概要

今年度の実施計画	実施計画に対する実績の概要
※計画書の内容をコピーしてください。	※計画に対してどのように事業を実施したかを記載してください。目標の達成状況については、後に出てくる「4 当初目標からみた達成状況の自己評価」に記載してください。

(1) 学会等への参加 ※行数は適宜増やしてください。

旅行期間	学会等の名称	開催場所

合計 回参加

(2) 学会等での発表

学会名	発表内容

(3) 作成した論文名

論文名	掲載雑誌名	掲載年月（予定を含む）

合計 編作成

3 活動の成果

(1) 年度末までに取得できた資格（申請時に取得を計画していた資格）

領域（学会）名	資格名	取得年月日

(2) 年度末までに取得できた資格（取得を計画していなかった資格）

領域（学会）名	資格名	取得年月日

※取得できた資格については、（別紙7）資格所得連絡票に指導医資格登録票の写しを添付して提出してください。

4 当初目標からみた達成状況の自己評価

※A、B、Cのいずれか該当する評価に○をつけてください。評価は、計画に対して実績がどのようにであったかを評価し、またその理由を具体的に記載してください。

A (100%以上の達成) B (ほぼ達成) C (不十分であった)

【評価理由】

※予定通り資格取得できなかった場合は、達成できなかった理由を記載してください。
また、「5 来年度年度以降の計画」に今後の取得予定を記載してください。

5 来年度以降の計画

※来年度以降に高知県外への異動が予定されている場合は、その内容も記載してください。

<作成上の留意事項>

- A4版2枚以内に、具体的に簡潔に記載してください。
- ※の注意書きは、報告書提出時には削除して構いません。

(別紙7)

令和 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 (自署又は記名押印)

指導医資格取得連絡票

私、_____は、令和____年度及び令和____年度指導医資格取得支援事業費補助金を受け、指導医資格の取得に取り組み、令和____年____月____日に_____学会の指導医資格を取得しましたので報告します。

添付書類 指導医資格登録証の写し

(別紙8)

令和 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 (自署又は記名押印)

事業完了報告書

私、_____は、令和____年____月____日～令和____年____月____日までの間、指導医資格取得支援事業費補助金を受け、令和____年____月____日に指導医の資格を取得しました。下記のとおり、補助を受けた期間と同期間、高知県内の学会認定病院又は教育関連病院で医師の指導に協力しましたので報告します。

記

協力した期間	病院名	協力した内容