

## 平成24年度指導医招聘確保支援事業費補助金交付要綱

## (趣旨)

第1条 この要綱は、指導医招聘確保支援事業費補助金（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、高知県内の医療機関等に勤務する指導医及び専門医（以下「指導医等」という。）を養成する体制の充実を図るため、県内の医療機関が、診療の傍ら指導医等の養成に従事する指導医を県外から招聘・採用すること（以下「補助対象事業」という。）に要した経費に対して、予算の範囲内で補助する。

2 補助事業者は当該事業を利用して新たに雇い入れる指導医を、2年以上継続して雇用しなければならない。

## (補助事業者としての承認)

第3条 補助対象事業に要した経費に対する補助を希望する医療機関（以下「補助事業者」という。）は、対象事業者承認申請書（第1号様式）に事業計画書等の添付書類を添えて、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、その承認を受けなければならない。

2 あらかじめ承認を受けずに、補助対象事業に相当する事業を着手した又は完了した場合、原則、機構は、当該事業をこの交付要綱に基づく補助対象事業と認めず、補助金の交付を行わない。

## (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、補助限度額と別表に定める補助対象経費の実支出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。

## (事業計画の承認)

第5条 補助対象事業者の選考は、提出された対象事業者承認申請書及び添付書類に基づき、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3号）第5条第2項第1号に定める助成評価委員会が行い、理事長が補助事業者であることの承認決定を行う。

2 理事長は、選考結果を補助申請者全員に結果通知書（第2号様式）で通知する。

3 上記において、条件付承認の連絡を受けた補助申請者が、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。

## (補助金の交付申請等)

第6条 補助事業者が第3条第1項に基づく事業計画書等に基づき、県外から指導医を招聘・採用した場合、又は招聘・採用しようとする指導医から2か月以内に補助事業者が管理する医療機関に勤務することの確約書が提出された場合、補助事業者は交付申請書（第3号様式）に添付書類を添えて、理事長に対して補助金の申請を行えるものとする。

2 補助事業者が事業計画書等に基づき補助対象事業を実施したが、事業実施期間内に県外から医師を招聘・採用すること又は就業確約書の提出を受けることができない場合は、事業実施期間の末日をもって当該年度の補助事業者としての立場を失い、機構は一切の補助金の交付を行わない。

3 補助対象期間は、平成24年4月1日から平成25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25年3月31日の範囲内とする。

（補助金の交付決定）

第7条 理事長は、補助事業者から提出された交付申請書等を審査のうえ、助成評価委員会の評価を踏まえて、補助事業者に対する補助金の額を決定し、補助金交付決定書（第4号様式）で通知するとともに補助金の交付を行う。

（補助の条件）

第8条 補助事業者は事業計画の実施に際し、次に掲げる補助の条件を遵守しなければならない。

- （1）法令等の定め、承認された事業計画書の内容及び条件、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対象事業を行うこと
- （2）第6条に基づき交付を申請する補助金は、事業計画書に記載された補助対象事業に必要な経費のみであること
- （3）事業計画書に記載された補助対象事業の内容若しくは補助対象事業に要する経費の大幅な変更又は補助対象事業そのものを中止する場合、事前に変更・中止承認申請書（第5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）補助金の交付を受けたものは、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、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
- （5）指導医を雇い入れた後、第2条第2項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。
- （6）指導医を雇い入れた後、第2条第2項の要件を満たした場合には事業完了報告書（別紙5）を提出すること。

（実績報告書の提出及び補助額の確定等）

第9条 補助事業者は、当該指導医の採用後1年を経過した時点を起点として30日以内に、実績報告書（第6号様式）及び添付書類を理事長に提出しなければならない。

2 理事長は、前項の実績報告書及び添付書類を確認し、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7条に基づき交付した補助金の額を下回った場合、理事長はそ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。

(補助金の交付決定の取消及び返還)

第10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11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24年1月23日から施行する。

なお、この補助事業は平成24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。

(別表)

補助対象経費	補助率	補助限度額
(1) 招聘した指導医に係る人件費 ただし、招聘の前年の年収と招聘・採用後の1年間の給与との差額を上限とする。	定額	5,000千円 ／医療機関
(2) 招聘のために要する経費（謝礼金、旅費、消耗品費、通信運搬費、手数料、使用料、負担金、会議費		
(3) その他理事長が特に必要と認める経費		

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  
名 称  
代表者 印

平成24年度指導医招聘確保支援事業 対象事業者承認申請書

平成24年度指導医招聘確保支援事業費補助金交付要綱第3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 対象事業の目的及び内容

2 事業計画の概要

- (1) 事業予算総額 金 \_\_\_\_\_ 円  
うち、補助申請額 金 \_\_\_\_\_ 円
- (2) 事業実施期間  
平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
- (3) 事業の方法

3 添付書類

- (1) 事業計画書 (別紙1)  
(2) 収支予算書 (別紙2)

第2号様式

高医再発第 号  
平成 年 月 日

申請者 住 所  
名 称  
代表者 様

一般社団法人高知医療再生機構  
理事長 倉本 秋

平成24年度指導医招聘確保支援事業費補助対象事業者  
承認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24年度指導医招聘確保支援事業に係る補助対象事業者承認申請については、上記補助金交付要綱第5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

{ 補助事業者承認・補助事業者条件付承認 }

- 1 補助予定額 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
  - ・提出した事業計画書（別紙1）に則り、事業を実施すること
  - ・なお、補助事業者条件付承認の場合は、当該補助決定の内容を踏まえて、この通知書を受け取ってから2週間以内に、再度、事業計画書（別紙1）を提出すること。
  - ・事業計画書に則り、県外から指導医を招聘・採用できたとき、又は、就業確約書等により招聘・採用が確実になったとき、補助事業者は補助金の交付申請ができること
  - ・承認された補助事業実施期間に招聘・採用ができなかった場合、補助対象事業に要した経費の額に関わらず、補助事業者は補助金の交付申請ができないこと
  - ・交付要綱で定められた事項、その他理事長の指示を守ること

{ 補助事業者として不承認 }

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  
名 称  
代表者 印

平成24年度指導医招聘確保支援事業費補助金 交付申請書

平成 年 月 日付 高医再発第 号で承認の決定がありました補助対象事業が完了しましたので、上記補助金交付要綱第6条第1項の規定により補助金を交付されるよう請求します。

記

1 招聘・採用した医師の氏名及び指導医資格等

2 採用年月日及び採用後の職名等

3 補助申請額等

(1) 補助申請額	金	円
(2) 事業経費総額	金	円
うち 招聘した医師に係る人件費	金	円 (年間予定額)
うち 招聘に要した経費	金	円

4 添付書類

- |                    |                         |
|--------------------|-------------------------|
| (1) 採用した医師の履歴書     | (4) 招聘・採用した医師の前年度の源泉徴収票 |
| (2) 支出額調書          | (5) 給与規程                |
| (3) 採用予定の場合は、就業確約書 |                         |

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4号様式

高医再発第 号  
平成 年 月 日

申請者 住 所  
名 称  
代表者 様

一般社団法人高知医療再生機構  
理事長 倉本 秋

平成24年度指導医招聘確保支援事業費補助金の交付決定について

貴殿が提出した平成 年 月 日付平成24年度指導医招聘確保支援事業費補助金交付申請書及び添付資料を審査した結果、貴殿に対する平成24年度指導医招聘確保支援事業費補助金の額は下記の額となりましたので、通知いたします。

記

1 補助額 金 \_\_\_\_\_ 円

2 招聘した医師に対する人件費への補助期間  
平成 年 月 日~平成 年 月 日

3 留意事項

本補助金交付要綱の各条文、特に第9条を順守し、医師採用後1年を経過した日を起点に30日以内に、実績報告書を理事長に提出すること。

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  
名 称  
代表者 印

平成24年度指導医招聘確保支援事業費事業計画（変更・中止）承認申請書

平成 年 月 日付 高医再発第 号で承認の決定がありました事業計画  
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8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、なし



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  
名 称  
代表者 印

平成24年度指導医招聘確保支援事業費補助金 実績報告書

平成 年 月 日付 高再発第 号で補助金の交付の決定がありました補助事業の実績報告を、上記補助金交付要綱第9条第1項の規定により、下記のとおり提出します。

記

1 交付額 金 \_\_\_\_\_ 円

2 実績額 金 \_\_\_\_\_ 円

3 添付書類

(1) 事業報告書 (別紙3)

(2) 収支決算書 (別紙4)

(別紙1)

事業計画書

申請事業者名 ( )

- 1 事業の概要
- 2 施設の現状と課題 (招聘想定医師の専門領域を中心に記載してください)
- 3 これまでの経緯と招聘に向けた取り組み
- 4 事業実施の目的、必要性
- 5 事業の内容
  - (1) 実施体制
  - (2) 実施方法
  - (3) 招聘活動実施期間  
平成 年 月 日～平成 年 月 日
  - (4) 招聘しようとする医師像の概要 (専門分野、年次、資格等)
  - (5) 採用予定年月日  
平成 年 月 日
  - (6) その他
- 6 事業の目標 (招聘によってもたらされる効果)
- 7 事業実施後の計画

【作成上の留意事項】

- 事業の目標 (招聘によってもたらされる効果) 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。
- A4版2枚以内に、具体的に簡潔に記入してください。

(別紙2)

収支予算書

収入の部		支出の部	
内 容	金 額	内 容	金 額
合 計		合 計	

(別紙3)

事業報告書

申請事業者名 ( )

1 事業の内容

(1) 招聘対象者

- ・現施設における所属及び職名
- ・氏名
- ・専門分野
- ・経験年数

(2) 招聘活動期間及び招聘方法

平成 年 月 日～平成 年 月 日

(3) 採用年月日及び勤務予定期間

平成 年 月 日～平成 年 月 日

(4) その他

2 招聘医師の施設内活動内容

3 招聘医師が県内の医療に及ぼした影響

4 来年度以降の貴院の医師確保の計画

【作成上の留意事項】

○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4)

収支決算書

収入の部		支出の部	
内 容	金 額	内 容	金 額
合 計		合 計	

(別紙5)

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

事業完了報告書

\_\_\_\_\_は、指導医招聘確保支援事業費補助金を受け、指導医\_\_\_\_\_を平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日から平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日まで継続して雇用しました。補助の要件でありました2年間の雇用期間を満了しましたので報告します。