様式第１号（第７条関係）

医療機関における外国人患者受入れ環境整備事業助成金交付申請書

令和　　年　　月　　日

公益財団法人兵庫県国際交流協会理事長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電子メール

令和　　年度において、医療機関における外国人患者受入れ環境整備事業を下記のとおり実施したいので、助成金　　　　　　　　円を交付願いたく助成金交付要綱第７条の規定により、関係書類を添えて申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１　事業の内容及び経費区分（別記）

２　事業の着手予定年月日　　　　令和　　年　　月　　日

事業の完了予定年月日　　　　令和　　年　　月　　日

３　添付書類

①　医療通訳派遣・遠隔通訳実施計画書

②「医療機関における外国人患者受入れ環境整備事業」事業計画書

別記（第７条関係）

医療機関における外国人患者受入れ環境整備事業 経費配分計画書

（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 経費 | | 助成対象経費 | 負担区分 | | | | 経費明細 |
| 自己負担額 | 市町等負担額 | その他の助成金等額 | 助成金申請額 |
| 医療通訳コーディネート  に係る経費 | 人件費 | |  |  |  |  |  |  |
| 旅費 | |  |  |  |  |  |  |
| 小　　計 | |  |  |  |  |  |  |
| 遠隔通訳の導入促進  及び実施に係る経費 | 人件費 | |  |  |  |  |  |  |
| 旅費 | |  |  |  |  |  |  |
| 会議費 | |  |  |  |  |  |  |
| 機器整備費等 | 遠隔通訳用機器  初度備品費 |  |  |  |  |  |  |
| 遠隔通訳システム初期費用・導入費 |  |  |  |  |  |
| 初度備品費 |  |  |  |  |  |
| 各種初期費用 |  |  |  |  |  |
| 小　　計 | |  |  |  |  |  |  |
| 合　計 | | |  |  |  |  |  |  |

（注）

①この経費明細は、助成金の額を決定するために必要な助成対象経費算定の重要な基礎資料となりますので、確実な支出見込みのある経費を記入してください。

②経費明細の項目は助成対象経費（別表）の経費区分別の内容を参考に記載してください。

③助成金申請額の千円未満は切り捨てとします。

④消費税及び地方消費税は助成対象となりませんので、税抜にて記載してください。

⑤その他の助成金額がある場合は、助成事業の名称を経費明細に付記してください。

⑥市町等負担額、その他の助成金額、助成金申請額以外に負担区分がある場合は、自己負担額に含めて記載し、経費明細に財源を付記してください。（医療法人〇〇会〇〇病院　等）

【添付書類①】

医療通訳派遣・遠隔通訳実施計画書

１　医療通訳派遣・遠隔通訳に係る協定、協議会について

|  |
| --- |
| 協定、協議会の主たる目的、内容、協定者や協議会構成者等について簡潔に記載 |

２　医療通訳派遣・遠隔通訳のスキーム

|  |
| --- |
| （１）事業実施スキーム図  現在実施している、或いは、今後実施を予定している、医療通訳派遣・遠隔通訳の仕組みを、簡単なスキーム図で記載ください。  （２）医療通訳に係る費用分担の考え方  （３）事務体制 |

３　医療通訳派遣・遠隔通訳の問題点

|  |
| --- |
| 上記２のスキームにおける問題点等を記載してください。 |

４　本助成金を申請する目的等

|  |
| --- |
| 助成金を申請する目的と、どのような成果を考えているのか簡潔に記入してください。 |

５　実施計画

（１）医療通訳派遣

　・言語

　・派遣件数

　・派遣医療機関

　　等

※　これまでの実績がある場合は、実績一覧表を添付してください。

（２）遠隔通訳

　・言語

　・件数

　・医療機関

　　等

　※　これまでの実績がある場合は、実績一覧表を添付してください。

６　特記事項

|  |
| --- |
|  |

【添付書類②】

「医療機関における外国人患者受入れ環境事業」事業計画書

１　医療通訳コーディネート

（１）医療通訳コーディネートを行う職員の配置

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療通訳コーディネートを行う職員 | 所属・職名 ： | |
| フ リ ガ ナ  氏　　名 ： | |
| 生年月日 ： Ｓ・Ｈ　　年（西暦　　　　年）　　　月　　　日 | |
| 採用年月日 | | Ｓ・Ｈ　　年（西暦　　　　年）　　　月　　　日 |
| 配置（予定）年月日 | | Ｓ・Ｈ　　年（西暦　　　　年）　　　月　　　日 |
| 雇用形態 | | 常勤　・　非常勤 |
| 就業形態 | | ※上記の雇用形態における勤務形態・勤務時間・休憩時間など |
| 医療コーディネーターとしての  従事割合（1％～100％の範囲） | | ％ |
| 従事する他の用務 |

※　複数名の場合は上記をコピーして作成してください。

（２）医療通訳コーディネートを行う職員の行う事務の内容

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

※具体的に事務の内容を記載ください。

（３）医療通訳コーディネートを行う職員の人件費に係る助成対象経費の計算

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | Ａ |  | Ｂ | Ｃ | （Ａ＋Ｂ）×Ｃ |
| 賃金等所得 （基本給・各種手当） | 手当の種類 | 法定福利費 （事業者負担分） | 従事割合 | 助成対象経費 |
| **【平均月額　　円×〇ヵ月】** | **【平均月額　　円×〇ヵ月】** |
|  |  |  |  | % |  |
|  |  |  |  | % |  |
| 計 |  |  |  |  |  |

（４）旅費に係る助成対象経費の計算

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 出張目的 | 出張先 | 出張旅費 | | 回数 | （Ａ＋Ｂ）×Ｃ |
| 交通費 | 宿泊費 | 助成対象経費 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  |

※旅費の支給基準等定めたものがあれば添付してください。

２　遠隔通訳の導入促進及び実施

（１）遠隔通訳の導入促進及び実施する職員の配置

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療通訳コーディネートを行う職員 | 所属・職名 ： | |
| フ リ ガ ナ  氏　　名 ： | |
| 生年月日 ： Ｓ・Ｈ　　年（西暦　　　　年）　　　月　　　日 | |
| 採用年月日 | | Ｓ・Ｈ　　年（西暦　　　　年）　　　月　　　日 |
| 配置（予定）年月日 | | Ｓ・Ｈ　　年（西暦　　　　年）　　　月　　　日 |
| 雇用形態 | | 常勤　・　非常勤 |
| 就業形態 | | ※上記の雇用形態における勤務形態・勤務時間・休憩時間など |
| 医療コーディネーターとしての  従事割合（1％～100％の範囲） | | ％ |
| 従事する他の用務 |

※　複数名の場合は上記をコピーして作成してください。

（２）遠隔通訳の導入促進及び実施する職員の事務の内容

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

※具体的に事務の内容を記載ください。

（３）遠隔通訳の導入促進及び実施する職員の人件費に係る助成対象経費の計算

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | Ａ |  | Ｂ | Ｃ | （Ａ＋Ｂ）×Ｃ |
| 賃金等所得 （基本給・各種手当） | 手当の種類 | 法定福利費 （事業者負担分） | 従事割合 | 助成対象経費 |
| **【平均月額　　円×〇ヵ月】** | **【平均月額　　円×〇ヵ月】** |
|  |  |  |  | % |  |
|  |  |  |  | % |  |
| 計 |  |  |  |  |  |

（４）旅費に係る助成対象経費の計算

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 出張目的 | 出張先 | 出張旅費 | | 回数 | （Ａ＋Ｂ）×Ｃ |
| 交通費 | 宿泊費 | 助成対象経費 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  |

※旅費の支給基準等定めたものがあれば添付してください。

（５）遠隔通訳の実施方法

|  |
| --- |
| ※　遠隔通訳の実施を担う主たるパートナー事業者がある場合は、事業者名と事業者選定手法・理由を明記してください。 |

（６）遠隔通訳導入スケジュール

|  |
| --- |
| ※　年度内に遠隔通訳を開始することが必要です。 |

（７）会議費

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 開催日 | 開催場所 | 会議名 | 資料作成及び  会場借り上げ経費 | 助成対象経費 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

（８）機器整備費等に係る助成対象経費の計算

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　目 | 内　訳 | 単価  （消費税を除く） | 個数 | 耐用年数orリースの別 | 助成対象経費 |
| 遠隔通訳用機器初年度備品費 | 専用機器（配置場所） |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 遠隔通訳システム初期費用・導入費 | ｿﾌﾄｳｪｱ等の初期費用・導入費 |  |  |  | ※返金のある費用の場合は減額 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 初度備品 |  |  |  |  |  |
| 各種初期費用 | 回線登録料等 |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |

様式第３号（第10条関係）

　　　　　　　　　　　　助成金交付決定内容変更承認申請書

令和　　年　　月　　日

公益財団法人兵庫県国際交流協会理事長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電子メール

令和　　年　　月　　日付　第　　　　号をもって交付決定のあった平成　　年度医療機関における外国人患者受入れ環境整備事業について、下記のとおり交付決定の内容を変更したいので、承認願いたく助成金交付要綱第10条第１項の規定により申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

　１　事業の名称

２　添付書類　「医療機関における外国人患者受入れ環境整備事業」変更計画書（別紙１）

別紙１（第10条関係）

「医療機関における外国人患者受入れ環境整備事業」変更計画書

１　変更理由及び内容

|  |  |
| --- | --- |
| 理由 |  |
| 内容 |  |

２　経費の配分　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 経費区分 | | 助成対象経費  （上段：変更前）  （下段：変更後） | 負担区分 | | | | 備考 |
| 自己負担額  （上段：変更前）  （下段：変更後） | 市町等負担額  （上段：変更前）  （下段：変更後） | その他の助成金等額  （上段：変更前）  （下段：変更後） | 助成金  申請額  （上段：変更前）  （下段：変更後） |
| 医療通訳コーディネート  に係る経費 | 人件費 |  |  |  |  |  |  |
| 旅費 |  |  |  |  |  |  |
| 小計 |  |  |  |  |  |  |
| 遠隔通訳の導入促進  及び実施に係る経費 | 人件費 |  |  |  |  |  |  |
| 旅費 |  |  |  |  |  |  |
| 会議費 |  |  |  |  |  |  |
| 遠隔通訳用機器初度部品費 |  |  |  |  |  |  |
| 遠隔通訳システム初期費用・導入費 |  |  |  |  |  |  |
| 初度備品費 |  |  |  |  |  |  |
| 各種初期費用 |  |  |  |  |  |  |
| 小計 |  |  |  |  |  |  |
| 合　計 | |  |  |  |  |  |  |

（注）①　経費配分計画書（別記）の経費区分を基に記載して下さい。

②　助成金額は千円未満は切り捨てとする。

③　消費税及び地方消費税は助成対象となりませんので、税抜にて記載して下さい。

様式第４号（第10条関係）

助成事業中止（廃止）承認申請書

令和　　年　　月　　日

公益財団法人兵庫県国際交流協会理事長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電子メール

　令和　　年　　月　　日付　第　　　　号をもって交付決定のあった令和　　年度医療機関における外国人患者受入れ環境整備事業について、次のとおり中止（廃止）したいので、承認願いたく助成金交付要綱第10条第１項の規定により申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１　事業の名称

２　中止（廃止）の理由

３　中止予定期間　　　令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで

（廃止予定年月日　　令和　　年　　月　　日）

様式第７号（第11条関係）

助成金交付決定額変更承認申請書

令和　　年　　月　　日

公益財団法人兵庫県国際交流協会理事長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電子メール

　令和　　年　　月　　日付　第　　　　 号で交付決定のあった令和　　年度医療機関における外国人患者受入れ環境整備事業の内容を下記のとおり変更し、あわせて、交付決定の額を変更したいので承認願いたく、助成金交付要綱第１１条第１項の規定により申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

　１　事業の名称

２　添付書類　医療機関における外国人患者受入れ環境整備事業（別紙２）

別紙２（第11条関係）

「医療機関における外国人患者受入れ環境整備事業」変更計画書

１　変更理由及び内容

|  |  |
| --- | --- |
| 理由 |  |
| 内容 |  |

２　経費の配分　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 経費区分 | | 助成対象経費  （上段：変更前）  （下段：変更後） | 負担区分 | | | | 備考 |
| 自己負担額  （上段：変更前）  （下段：変更後） | 市町等負担額  （上段：変更前）  （下段：変更後） | その他の助成金等額  （上段：変更前）  （下段：変更後） | 助成金  申請額  （上段：変更前）  （下段：変更後） |
| 医療通訳コーディネート  に係る経費 | 人件費 |  |  |  |  |  |  |
| 旅費 |  |  |  |  |  |  |
| 小計 |  |  |  |  |  |  |
| 遠隔通訳の導入促進  及び実施に係る経費 | 人件費 |  |  |  |  |  |  |
| 旅費 |  |  |  |  |  |  |
| 会議費 |  |  |  |  |  |  |
| 遠隔通訳用機器初度部品費 |  |  |  |  |  |  |
| 遠隔通訳システム初期費用・導入費 |  |  |  |  |  |  |
| 初度備品費 |  |  |  |  |  |  |
| 各種初期費用 |  |  |  |  |  |  |
| 小計 |  |  |  |  |  |  |
| 合　計 | |  |  |  |  |  |  |

（注）①　経費配分計画書（別記）の経費区分を基に記載して下さい。

②　助成金額は千円未満は切り捨てとする。

③　消費税及び地方消費税は助成対象となりませんので、税抜にて記載して下さい。

様式第９号（第13条関係）

助成事業遂行困難状況報告書

令和　　年　　月　　日

公益財団法人兵庫県国際交流協会理事長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電子メール

　令和　　年　　月　　日付　第　　　　号で交付決定のあった令和　　年度医療機関における外国人患者受入れ環境整備事業については、下記のとおり事業の遂行が困難となったので、助成金交付要綱第13条第２項の規定により報告します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

　１　事業の遂行が困難な理由

　２　今後の見通しと所見

様式第10号（第14条関係）

助成事業実績報告書

令和　　年　　月　　日

公益財団法人兵庫県国際交流協会理事長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電子メール

　令和　　年　　月　　日付　第　　　　号で交付決定のあった令和　　年度医療機関における外国人患者受入れ環境整備事業を下記のとおり実施したので、助成金交付要綱第14条の規定によりその実績を報告します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１　事業の内容及び経費区分（別記）

２　事業の着手年月日　　　（令和　　年　　月　　日）

令和　　年　　月　　日

事業の完了年月日　　　（令和　　年　　月　　日）

令和　　年　　月　　日

３　添付書類

　・履歴事項全部証明書又は開業届出書の写し

　　（※交付申請時提出の場合は不要）

（注：事業の着手年月日及び完了年月日は、申請内容を上段に（　）書き、実績を下段に記入する。）

別記（第14条関係）

医療機関における外国人患者受入れ環境整備事業実績書

１　助成金交付決定関係

　（１）助成金交付決定年月日　　令和　　年　　月　　日

（２）助成金交付決定額　　　　金　　　　　　　　　円

２　助成事業の実績

|  |
| --- |
| ※　助成申請した事業内容について、その実績を具体的に記入してください。 |

３　経費区分別支出明細

　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 経費区分 | | 支出年月日 | 支出先 | | 支出内容 | 支払金額 | 負担区分 | |
| 自己負担額 | 助成金額 |
| 医療通訳コーディネート  に係る経費 | 人件費 |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
| 小計 | | | |  |  |  |
| 旅費 |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
| 小計 | | | |  |  |  |
| 計 | | | | |  |  | (A) |
| 遠隔通訳の導入促進  及び実施に係る経費 | 人件費 |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
| 小計 | | | |  |  |  |  |  |
| 旅費 |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
| 小計 | | | |  |  |  |
| 会議費 |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
| 小計 | | | |  |  |  |
| 遠隔通訳用機器初度部品費 |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
| 小計 | | | |  |  |  |
| 遠隔通訳システム初期費用・導入費 |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
| 小計 | | | |  |  |  |
| 初度備品費 |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
| 小計 | | | |  |  |  |
| 各種初期費用 |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
| 小計 | | | |  |  |  |
| 計 | | | | |  |  | (B) |
| 合　計 | | | | | |  |  |  |

（注）

①経費配分計画書の経費区分を基に記載して下さい。

②助成対象期間中に支出し、かつ、その目的である物品の引渡しや役務の提供が完了したものを記載して下さい。

③助成金額は、千円未満は切り捨てとします。

④消費税及び地方消費税は助成対象となりませんので、税抜にて記載して下さい。

様式第12号（第17条関係）

助成金請求書

金　　　　　　　　　　円也

　ただし、令和　　年度医療機関における外国人患者受入れ環境整備事業助成金

助成金確定額　　　　　　　　　　　円

請　求　額　　　　　　　　　　　　円

＜根拠＞

助成金交付決定通知　　　　　　　　　第　　　　　　　　　　号

令和　　　年　　　月　　　日

助成金交付決定変更通知　　　　　　　第　　　　　　　　　　号

令和　　　年　　　月　　　日

助成金額確定通知　　　　　　　　　　第　　　　　　　　　　号

令和　　　年　　　月　　　日

平成　　年　　月　　日

公益財団法人兵庫県国際交流協会理事長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電子メール

（振込口座）　　銀行名、支店名

預金の種類

口座番号

ふ　り　が　な

預金者名