

経費所要額調書

補助事業者名

(単位：円)

総事業費 (A)	寄付金及びその他の収入額 (B)	差引事業費 (A) - (B) (C)	対象経費の支出予定額 (D)	基準額 (E)	選定額 (D)と(E)のうち いずれか少ない額 (F)	補助基本額 (C)と(F)のうち いずれか少ない額 (G)	補助所要額 (H)	備考
円	円	円		円	円	円	円	

記入要領

- 1 「総事業費」欄には、当該年度の当該事業に係る部分のみを記入すること。
- 2 「選定額」欄には、「対象経費の支出予定額」と「基準額」とを比較していずれか少ない方の額を記入すること。
- 3 「補助金基本額」欄には、「差引事業費」と「選定額」とを比較していずれか少ない方の金額を記入すること。
- 4 「補助所要額」欄の算出に当たり、1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てた額を記入すること。

経費所要額明細書

事業者名:

区 分	支 出 予 定 額	算 出 内 訳
需用費(消耗品費・印刷製本費)	円	
役務費(保険料・通信運搬費・広告料・手数料)		
委託料		
使用料及び賃借料		
権利購入費		
負担金		
合計	円	

※ 算出内訳欄には、単価、数量等詳細を記載すること。

※ 取組内容の一部が他の補助事業と重複する場合は、他の補助事業で計上している経費については、当該事業の対象経費に含めないこと。

事業計画書

申請者	住所			
	氏名 (代表者名)			
	連絡先	電話		
		メール		
実施目的等	・診療所承継の事業に取り組む目的や経緯、目標（5年先程度）を具体的に記入のこと			
事業内容	診療所承継前 の 状況	・承継する前の診療所の状況について記入のこと 開設者 個人 ・ 法人その他 ()		
		名称		
		所在地		
		診療科目		
		管理者		
		保険医療機関の指定 ※管理者の変更の場合記入不要		指定あり ・ 指定なし ・ 廃止済 廃止（予定）年月日： 年 月 日 ※厚生局による指定の状況が確認できるものを提出すること
		診療所承継後 (予定)	・承継した後の診療所について予定を記入のこと 開設者 個人 ・ 法人その他の団体 () ※開設者が法人その他の団体の場合、定款等を提出すること	
	名称			
	所在地			
	診療科目			
	管理者		※管理者の医師免許証の写、臨床研修修了登録証の写（平成16年4月以降医師免許取得者）を提出すること	
	保険医療機関の指定		指定申請予定あり・指定申請予定なし・管理者の変更 指定（変更）予定年月日： 年 月 日	
	承継のスケジュール		・諸権利の取得に係る各契約の時期、契約内容及び経費の支払い時期について具体的に記入のこと ※申請時契約済みのもの（基本合意契約等）がある場合も記入し、契約書の写を提出すること ・承継に関する業務を専門事業者（コンサルタント等）に委託している場合は委託契約についても記入のこと ・その他、申請する経費の発生時期についても記入のこと	
	事業の委託先 (専門事業者)	・承継のスケジュールに委託について記入した場合は以下に事業者名等を記入のこと 事業者名： 住 所： 担当者： 電 話：		
相談・支援機関	・現在、事業承継の問題で相談や支援を受けている機関があれば記入のこと			
他の補助金等の有無	あり ・ なし (いずれかに○) ※ありの場合は以下に名称等を記入のこと 補助金等名称： 対象事業概要：			

※必要に応じて行の追加・削除を行ってください