

(様式第1号)

仙台市オンライン診療等環境整備支援補助金交付申請書

③各ページの右上
余白に押印

令和2年5月20日

(あて先) 仙台市長

- ①開設者の住所、氏名を記載してください。
【法人の場合】主たる事務所の所在地、法人名、代表者肩書、代表者氏名を記載してください。
【個人の場合】診療所・薬局の住所ではなく、開設者の住所を記載してください。診療所名・薬局名の記載は不要です。

住 所 仙台市〇〇区〇〇町*-*

(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

①

氏 名 医療法人 △△

理事長 青葉 太郎

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

- ②【法人の場合】代表者印
【個人の場合】シャチハタ不可

仙台市オンライン診療等環境整備支援補助金を受けたいので、仙台市補助金等交付規則第3条及び仙台市オンライン診療等環境整備支援補助金交付要綱第8条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

また、暴力団等との関係を有していないことを誓約します。なお、説明を求められた際には誠実に対応いたします。

記

1 補助金交付申請額等

(1) 補助金交付申請額 ④ 金 159,000 円

④様式1-1の「3. 補助金申請額」と合致しているか確認してください。

(2) 交付申請対象期間 令和2年6月1日 から 令和3年3月31日まで

⑤

⑥

2 添付書類

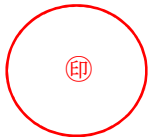
(1) 個人及び法人共通

- ① 補助金交付申請内訳書(別紙様式1-1)
② 事業計画書(別紙様式1-2)

⑦ ※その他、必要な資料を提出していただく場合があります。

- ⑤交付申請対象期間には、着手予定日を記載してください。着手予定日は、情報通信機器の発注予定日又はオンライン診療等システムの契約予定日のどちらか早い方です。令和2年4月10日以降の着手が対象です。
⑥補助対象期間終了(令和3年3月31日又は4月10日付事務連絡※に基づく時限的・特例的な取扱いが終了した月の末日のどちらか早い方)まで事業継続が必要です。
⑦申請内容について、追加で資料を提出していただく場合があります。

※「新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱い」(令和2年4月10日付厚生労働省医政局医事課、医薬・生活衛生局総務課事務連絡)



(様式1-1)

補助金交付申請内訳書

⑧税込み金額を記載

1. 情報通信機器等の購入経費

機器名	予定金額
△△ (機種名) **-* (型番)	⑧ 55,000円
	円
	円

⑨留意事項に該当する場合は、実績報告時に見積書の写しを提出していただきますので、必ず見積書を徴収し、保管してください。

【留意事項】⑨1 契約あたり10万円以上の場合（複数の機器を1事業者から購入する場合を含む）は、2者以上から見積書を徴収すること。⑩既に購入した機器について、見積合せを行っていない場合は、その理由を以下に記載すること。

機器名：	⑩申請日以降に発注した機器については、⑨のとおり見積書の徴収が必要です。見積書がない場合、補助金をお支払いできない可能性がありますので、ご注意ください。
見積合せを行わなかった理由：	

補助対象経費合計 (A)	55,000円
補助金申請額① (A×1/2 または 50,000円のどちらか低い金額) ※千円未満端数切り捨て	27,000円

2. オンライン診療等システム

(1) サービス提供会社について

⑪オンライン診療等の専用システムを導入せず、無料の汎用サービスを使用する場合も記載してください。プラン名がない場合は「無し」と記載してください。

⑪

サービス提供会社名	△△株式会社
製品名	□□
プラン名	プラン〇〇

⑫留意事項に該当する場合は、実績報告時に見積書の写しを提出していただきますので、見積書を徴収し、保管してください。1社指定の場合は、選定の理由を選択し、カッコ内に理由を具体的に記載してください。

【留意事項】

対象経費 (B+C×契約期間) が10万円以上となることが見込まれる場合、2者以上から見積書を徴収すること。又は、当該サービス提供会社を選定した理由を記載すること。

B+C×契約期間が10万円以上の場合の契約方法 (どちらかに○)	⑫ 見積合せ / 1社指定
1社指定の場合は選定の理由 (該当する項目に○)	<p>I : 既に導入しているシステムと連携できるサービスを提供している会社が当該事業者だけであるため。 (連携するシステム内容 : _____)</p> <p>II : 必要な機能を提供している会社が当該事業者だけであるため。 (具体的な機能 : _____)</p> <p>III : その他 (具体的な理由 : _____)</p>

診療所又は薬局名 : □□クリニック

⑬初期費用、月額使用料は、オンライン診療のみに係る費用が対象です。例えば、電子カルテやオプション機能等と一体的に契約を予定している場合は、オンライン診療の機能に係る費用のみを計上してください。実績報告時に、費用の内訳がわかる資料（契約書等サービス提供会社が作成したもの）を提出していただきます。費用を分けられず、他の機能等の費用が含まれている場合は、補助の対象外となります。

印

(2) システム導入に係る初期費用

補助対象経費合計 (B)	⑬ 300,000円
補助金申請額② (B×1/2 または 100,000 円のどちらか低い金額) ※千円未満端数切り捨て	100,000円

(3) システム月額使用料

⑭ 契約期間 (令和2年6月 ~令和3年3月)	10カ月
補助対象経費 (C)	⑬ ⑮ 6,500円
補助金月額 (C×1/2 または 5,000 円のどちらか低い金額)	3,250円
補助金申請額③ (補助金月額×契約期間) ※千円未満端数切り捨て	32,000円

⑭「契約期間」に「無償期間」と「有償期間」がある場合は、「有償期間」を「契約期間」として月数を記載してください。

⑮オンライン診療の件数等により、対象経費が変動する場合は、1月あたりの予定件数等を設定して積算してください。欄外に積算根拠*を記載してください。

3. 補助金申請額

補助金申請額 合計 (①+②+③)	⑯ 159,000円
-------------------	------------

⑯様式第1号の1(1) 補助金交付申請額と合致しているか確認してください。

補助金申請額①~③及び合計(①+②+③)は、千円未満の端数は切り捨てです。

診療所又は薬局名：□□クリニック

*補助対象経費 (C) 積算根拠の記載例

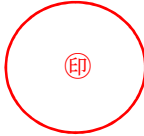
例1 1件あたり○円をサービス利用料として支払う。

1月△件の利用を見込む。
○円 × △件 = 6,500円

例2 1件あたり診療報酬を○円と想定し、□%をサービス利用料として支払う。

1月あたり△件の利用を見込む。
○円 × □% × △件 = 6,500円

※クレジットカードの決済手数料や患者が負担するアプリ使用料等は対象外です。



(様式1-2)

事業計画書

⑰開設者の氏名、住所を記載してください(①と同様)。

【法人の場合】法人名、代表者肩書、代表者氏名、主たる事務所の所在地を記載してください。

【個人の場合】診療所・薬局の住所ではなく、開設者の住所を記載してください。

⑰

代表者名	カガナ リョウホウジン **** リジョウ アハ タウ 医療法人 △△ 理事長 青葉 太郎		
本社所在地	〒***-**** 仙台市〇〇区〇〇町*-*		
T E L	0 2 2 - *** - ****	F A X	0 2 2 - *** - ****
U R L	http://****	E - mail	***@**.*
診療所又は薬局名	カガナ ****クリニック □□クリニック		
診療所又は薬局所在地	〒***-**** 仙台市△△区□□町*-*		
T E L	0 2 2 - *** - ****	F A X	0 2 2 - *** - ****
U R L	http://****	E - mail	***@**.*
実施事業	<input checked="" type="checkbox"/> オンライン診療 / <input type="checkbox"/> オンライン服薬指導 (どちらかに○をつけてください)		
	⑱ 事業開始予定日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和2年6月15日		
・オンライン診療又はオンライン服薬指導の対応可能な曜日、時間帯、1日あたりの受け入れ人数等 <input type="checkbox"/> 曜日*時~*時、 <input type="checkbox"/> 曜日*時~*時、 <input type="checkbox"/> 曜日*時~*時 1日あたり **人			
・オンライン診療等の実施に係る周知方法(該当する項目に○をつけてください) <input checked="" type="checkbox"/> 院内への掲示 / <input checked="" type="checkbox"/> 診療所又は薬局のホームページへの掲載 / その他()			
【以下、診療所のみ記載】 ・初診の電話等を用いた診療の実施 <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 (どちらかに○をつけてください) ・再診の電話等を用いた診療の実施 <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 (どちらかに○をつけてください) ・オンライン診療対応診療科名 **科、**科 ・担当医師名 青葉 太郎 ・対面診療が必要と判断した場合に連携する医療機関名(複数ある場合は複数、住所も併せて記載) ***クリニック 仙台市**区*****			

⑱オンライン診療又はオンライン服薬指導の環境整備が整い、オンラインによる診療等を実際に開始する予定の日を記載してください。

※仙台市のホームページ等で4月10日付事務連絡に基づくオンライン診療等を実施する診療所等として情報を公表します。

担当者氏名：宮城野 花子
 電話番号：022-***-****
 E-mail：***@**.*