（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**

　　年　　月　　日

（あて先）仙台市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住　　　所

（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏　　　名

（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

　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　　　　金　　　　　　　　　　　　円

　(2)　交付申請対象期間　　　　　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで

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）

　　　※その他、必要な資料を提出してもらう場合があります。

（様式１－１）

**補助金交付申請内訳書**

　１．情報通信機器等の購入経費

|  |  |
| --- | --- |
| 機器名 | 予定金額 |
|  | 円 |
|  | 円 |
|  | 円 |

【留意事項】１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。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： |
| 見積合せを行わなかった理由： |

|  |  |
| --- | --- |
| 補助対象経費合計（A） | 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 | 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

|  |  |
| --- | --- |
| サービス提供会社名 |  |
| 製品名 |  |
| プラン名 |  |

【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（どちらかに〇） | 見積合せ　/　　１社指定 |
| １社指定の場合は選定の理由（該当する項目に〇） | 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：　　　　　　　　　　　）  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：　　　　　　　　　　　　　　　）  Ⅲ：その他  　（具体的な理由：　　　　　　　　　　　　　　　） |

診療所又は薬局名：

（２）システム導入に係る初期費用

|  |  |
| --- | --- |
| 補助対象経費合計（B） | 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 | 円 |

（３）システム月額使用料

|  |  |
| --- | --- |
| 契約期間（令和　年　月　～令和　年　月） | カ月 |
| 補助対象経費（C） | 円 |
| 補助金月額  （C×1/2　または5,000円のどちらか低い金額） | 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 | 円 |

３．補助金申請額

|  |  |
| --- | --- |
| 補助金申請額　合計（①＋②＋③） | 円 |

（様式１－２）

診療所又は薬局名：

**事　業　計　画　書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代表者名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | |
| 本社  所在地 | 〒 | | |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| ＵＲＬ |  | Ｅ－mail |  |
| 診療所又は薬局名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | |
| 診療所又は薬局所在地 | 〒 | | |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| ＵＲＬ |  | Ｅ－mail |  |
| 実施事業 | オンライン診療　／　オンライン服薬指導　（どちらかに〇をつけてください） | | |
| ・事業開始予定日  ・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  ・オンライン診療等の実施に係る周知方法（該当する項目に〇をつけてください）  院内への掲示 ／ 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　　有　／　無　（どちらかに〇をつけてください）  ・再診の電話等を用いた診療の実施　　有　／　無　（どちらかに〇をつけてください）  ・オンライン診療対応診療科名  ・担当医師名  ・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） | | |

※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：

電話番号：

Ｅ－mail：