

令和7年度
被害者保護増進等事業費補助金
自動車事故被害者支援体制等整備事業

【短期入院協力事業】
申請の手引き

必ずお読みください。

- 補助対象期間内に事業を実施且つ支払いを完了している経費が補助対象です。
- 各費目の証拠書類(証憑)が提出できないものについて、補助対象事業として認められません。
- 同一内容の補助対象経費について、他の自動車事故被害者支援体制等整備事業と重複して申請することはできません。
- 本補助金については交付要綱、交付規程、実施細目を必ずお読みいただき、本手引書を参考に申請書類を作成してください。

令和7年6月

自動車事故被害者支援体制等整備事業事務局

はじめに・目次

はじめに

本手引書は事前相談・交付申請兼実績報告において、必要書類をご提出いただく際や申請書類の作成にあたり、申請の煩雑さを軽減する目的で作成しております。
是非ご活用くださいませ。

目次

・はじめに・目次	2
・必要書類確認書	3
・費目別必要書類一覧表:事前相談	4
・費目別必要書類一覧表:交付申請兼実績報告	5-6
・全費目共通書類	7-8
・申請書類様式内の入力シートへの入力方法	9-20
当該医療器具・用具等のカタログ・パンフレット	21
売買契約書・契約書	22
納品書	23
請求書	24
領収書	25
振込証明書	26
当該医療器具・用具等の写真	27
作成したパンフレット・冊子等の成果物	28
・研修等経費 報告書 必要書類確認	29
研修等経費の申請様式について	30
旅費の申請様式について	31
研修等経費の申請様式入力方法	32-36
職員の喀痰吸引研修等の研修の受講記録がわかる書類	37
根拠書類	38-39
・広報活動費(ii 訪問)の申請様式入力方法	40-41
・短期入院プランの申請様式入力方法	42-43
・事前相談提出書類で申請後変更があったもの・おわりに	44

必要書類確認書

必要書類確認書

必要書類確認書は申請に必要な書類が記載されております。
必要書類確認書とP4～6の費目別必要書類一覧表を参考に、該当する書類をご準備ください。

申請事業者名:

令和7年度 補助金交付申請兼実績報告必要書類確認書

(1)入院施設支援費

在宅重度後遺障害者の短期入院(ショートステイ)に寄与するために導入した医療器具・用具等に係る経費

NO	必 要 書 類	備 考	事業者チェック欄	事務局チェック欄	
				判定	確認結果/不備内容
1	補助金交付申請兼実績報告書	交付規程(様式第1の2)所定の申請書類(Excel)をご提出ください ※入力シートに入力頂く事で自動反映されます			
2	(別紙)実施・経費報告書兼収支予算書	補助金交付要綱実施要領(別紙)所定の申請書類(Excel)をご提出ください ※入力シートに入力頂く事で自動反映されます			
3	補助金請求書	所定の申請書類(Excel)をご提出ください ※入力シートに入力頂く事で自動反映されます			
4	申請者の営む主な事業及びその内容	原則、病院パンフレット 定款、法人登記簿等(写)のいずれかでも可			
5	申請者の資産及び負債に関する事項	直近の決算報告書(写)			
6	病院において策定した「重度後遺障害者短期入院(ショートステイ)協力事業実施要領」及び「重度後遺障害者短期入院(ショートステイ)協力事業実施手順書」	参考様式あり(Word) 実施要領:病院名、実施年月日を入力 手順書:病院名を入力			
7	当該医療器具・用具等のカタログ・パンフレット(写)	ー			
8	見積書(写)	(注)消費税の取り扱いが明記されたもの			
9	売買契約書(写)	少額等のため売買契約を結んでいない場合には、発注日が分かる書面(写) ※注文書・発注書等でも可 (注)消費税の取り扱いが明記されたもの			
10	納品書(写)	(注)消費税の取り扱いが明記されたもの			
11	検収調書	所定の申請書類(Excel)をご提出ください ※入力シートに入力頂く事で自動反映されます			
12	請求書(写)	(注)消費税の取り扱いが明記されたもの			
13	領収書(写)	未払いの場合には、支払い後速やかに提出すること			
14	当該経費を預貯金口座等から支出したことを証する通帳(写)又は振込証明書(写)	通帳(写)、振込証明書(写)等 未払いの場合には、支払い後速やかに提出すること			
15	通帳(写)又は振込証明書(写)により支出したことが明らかでない場合にあっては、その理由を記載した書類	ー			
16	当該医療器具・用具等の写真	国土交通省所定のステッカーが貼付されていることが明確に分かるもの ※ステッカーに記入した文字が明瞭なもの			
17	既に同様の医療器具・用具等を保有している場合にあっては、当該医療器具・用具等に類する既存の医療器具・用具等に係る固定資産台帳(写)	ー			
18	補助金交付申請兼実績報告必要書類確認書	書類提出前の確認用書類のため、提出不要			

国土交通省チェック欄

確認日	
担当者	

費目別必要書類一覧表:事前相談

各ページをご確認のうえ、書類をご準備ください。

①番号:事前相談用の必要書類確認書に記載されている番号です。
書類を準備する際は、必要書類確認書も併せてご確認ください。

②費目:申請する費目の名称です。

③書類名:必要書類の名称です。

④ページ:本手引書で③の書類の確認事項が記載されているページ数です。

事前相談			
番号 ①	費目 ②	書類 ③	ページ ④
1	入院施設 支援費	【事務局指定様式】施設支援費 交付申請書兼実績報告書	11-13
2		当該医療器具・用具等のカタログ・パンフレット(写)	21
3		見積書(写)	—
1	研修等経費 (i 参加)	【事務局指定様式】研修等経費 交付申請書兼実績報告書	14
2		【事務局指定様式】研修等への参加実績報告書	29-36
3		研修の内容がわかる書類	—
4		研修等への参加に係る旅費及び雑費の支給に関する見積書(写)	—
1	研修等経費 (ii 開催)	【事務局指定様式】研修等経費 交付申請書兼実績報告書	14
2		【事務局指定様式】研修等開催実績報告書	29-36
3		研修の内容がわかる書類	—
4		研修等の開催に係る旅費及び雑費の支給に関する見積書(写)	—
1	備品類 導入費	【事務局指定様式】備品類導入費 交付申請書兼実績報告書	15
2		当該備品類のカタログ・パンフレット	21
3		見積書(写)	—
1	広報活動費 (i 作成)	【事務局指定様式】広報活動費 交付申請書兼実績報告書	16
2		作成したパンフレット、冊子、Webページ等に掲載することを予定している項目を明らかにする書類	—
3		見積書(写)	—
1	広報活動費 (ii 訪問)	【事務局指定様式】広報活動費 交付申請書兼実績報告書	16
2		【事務局指定様式】広報活動実施報告書	31・40-41
3		広報活動の内容がわかる資料	—
4		見積書(写)	—

費目別必要書類一覧表:交付申請兼実績報告

各ページをご確認のうえ、書類をご準備ください。

(※で別途指示がある場合はその内容に従ってください。)

①番号:必要書類確認書に記載されている番号です。

書類を準備する際は、必要書類確認書も併せてご確認ください。

②費目:申請する費目の名称です。

「共通」は、全ての費目に共通して必要となる書類です。

③書類名:必要書類の名称です。

④ページ:本手引書で③の書類の確認事項が記載されているページ数です。

交付申請兼実績報告			
番号 ①	費目 ②	書類名 ③	ページ ④
1	共通	【事務局指定様式】補助金交付申請兼実績報告書	9-20
2		【事務局指定様式】(別紙)実施・経費報告書兼収支予算書	
3		【事務局指定様式】補助金請求書	
4		申請者の営む主な事業及びその内容(病院パンフレット等) ※1	—
5		申請者の資産及び負債に関する事項(直近の決算報告書) ※1	—
6		病院において策定した「重度後遺障害者短期入院(ショートステイ)協力事業実施要領」及び「重度後遺障害者短期入院(ショートステイ)協力事業実施手順書」※1	7-8
-		【事務局指定様式】必要書類確認書(番号は費目により異なる)※3	3
7	入院施設 支援費	当該医療器具・用具等のカタログ・パンフレット(写) ※2	21
8		見積書(写)	—
9		売買契約書(写)	22
10		納品書(写)	23
11		【事務局指定様式】検収調書	18
12		請求書(写)	24
13		領収書(写)	25
14		当該事業に係る経費を預貯金口座等から支出したことを証する通帳(写)又は振込証明書(写)	26
15		通帳(写)又は振込証明書(写)により支出したことが明らかでない場合にあっては、その理由を記載した書類	—
16		当該医療器具・用具等の写真	27
17		既に同類の医療器具・用具等を保有している場合にあっては、当該医療器具・用具等に類する既存の医療器具・用具等に係る固定資産台帳(写)	—
7	研修等経費 (i参加)	【事務局指定様式】研修等への参加実績報告書 ※2	29-36
8		請求書(写)	24
9		領収書(写)	25
10		研修等への参加者に対する旅費及び雑費の支給に関する事実を証する書類	37-38
11		研修等への参加等に係る経費を預貯金口座等から支出したことを証する通帳(写)又は振込証明書(写)	26
12		通帳(写)又は振込証明書(写)により支出したことが明らかでない場合にあっては、その理由を記載した書類	—

※1:今年度既に提出している場合不要

※2:事前相談時から変更がない場合不要

※3:書類提出前の確認用書類のため、提出は不要です。

費目別必要書類一覧表:交付申請兼実績報告

交付申請兼実績報告			
番号 ①	費目 ②	書類名 ③	ページ ④
7	研修等経費 (ii 開催)	【事務局指定様式】研修等開催実績報告書 ※2	29-36
8		研修等参加者名簿	—
9		請求書(写)	24
10		領収書(写)	25
11		講師に対する旅費及び雑費の支給に関する事実を証する書類	39
12		研修等の開催に係る経費を預貯金口座等から支出した事を証する通帳(写)又は振込証明書(写)	26
13		通帳(写)又は振込証明書(写)により支出したことが明らかでない場合にあっては、その理由を記載した書類	—
7	備品類 導入費	当該備品類のカタログ・パンフレット(写) ※2	21
8		見積書(写)	—
9		売買契約書(写)	22
10		納品書(写)	23
11		【事務局指定様式】検収調書	19
12		請求書(写)	24
13		領収書(写)	25
14		当該経費を預貯金口座等から支出したことを証する通帳(写)又は振込証明書(写)	26
15		通帳(写)又は振込証明書(写)により支出したことが明らかでない場合にあっては、その理由を記載した書類	—
16		当該備品類の写真	27
7	広報活動費 (i 作成)	見積書(写)	—
8		売買契約書(写)	22
9		納品書(写)	23
10		【事務局指定様式】検収調書	20
11		請求書(写)	24
12		領収書(写)	25
13		当該経費を預貯金口座等から支出したことを証する通帳(写)又は振込証明書(写)	26
14		通帳の(写)又は振込証明書(写)により支出したことが明らかにならない場合にあっては、その理由を記載した書類	—
15		作製したパンフレット、冊子等の成果物(写)又はwebページのURL等を記載した書類	28
7	広報活動費 (ii 訪問)	【事務局指定様式】広報活動実施報告書	31・40-41
8		請求書(写)	24
9		領収書(写)	25
10		広報活動を行った者に対する旅費及び雑費の支給に関する事実がわかる書類	38
11		広報活動を行った者に係る経費を預貯金口座等から支出したことを証する通帳(写)又は振込証明書(写)	26
12		通帳(写)又は振込証明書(写)により支出したことが明らかでない場合にあっては、その理由を記載した書類	—
7	短期入院 プラン作成費	【事務局指定様式】作成した「短期入院の入院計画表(短期入院プラン)」(写)	42
8		【事務局指定様式】短期入院の入院計画表(短期入院プラン)の作成に係る確約書	43

※1:今年度既に提出している場合不要

※2:事前相談時から変更がない場合不要

重度後遺障害者短期入院(ショートステイ)協力事業実施要領(共通)

モデル案:1ページ目

重度後遺障害者短期入院協力事業実施要領 (モデル案)

①

〇〇〇〇病院

1. 目的

自動車事故に起因する遷延性意識障害などによる重度後遺障害者の多くは、在宅で家族による介護を受けながら療養しており、これらの重度後遺障害者は医療機関において診察、検査、リハビリテーションを受け、また患者家族にとっては、在宅介護技術やケアの方法について医療機関から適切な指導、アドバイスを受けることによって、より安心して在宅療養ができることが望ましい。

このため、当院においては、積極的に在宅の重度後遺障害者の短期入院の受け入れを行い、これらの重度後遺障害者の病状把握、在宅介護による病状の改善、介護技術の向上を図ることを目的とした医療的な支援を通じて、在宅の重度後遺障害者に関する医学的知見に基づく問題点の発掘、解決方法の検討を行うことを目的とする。

2. 実施主体

当院が実施する。

モデル案:3ページ目

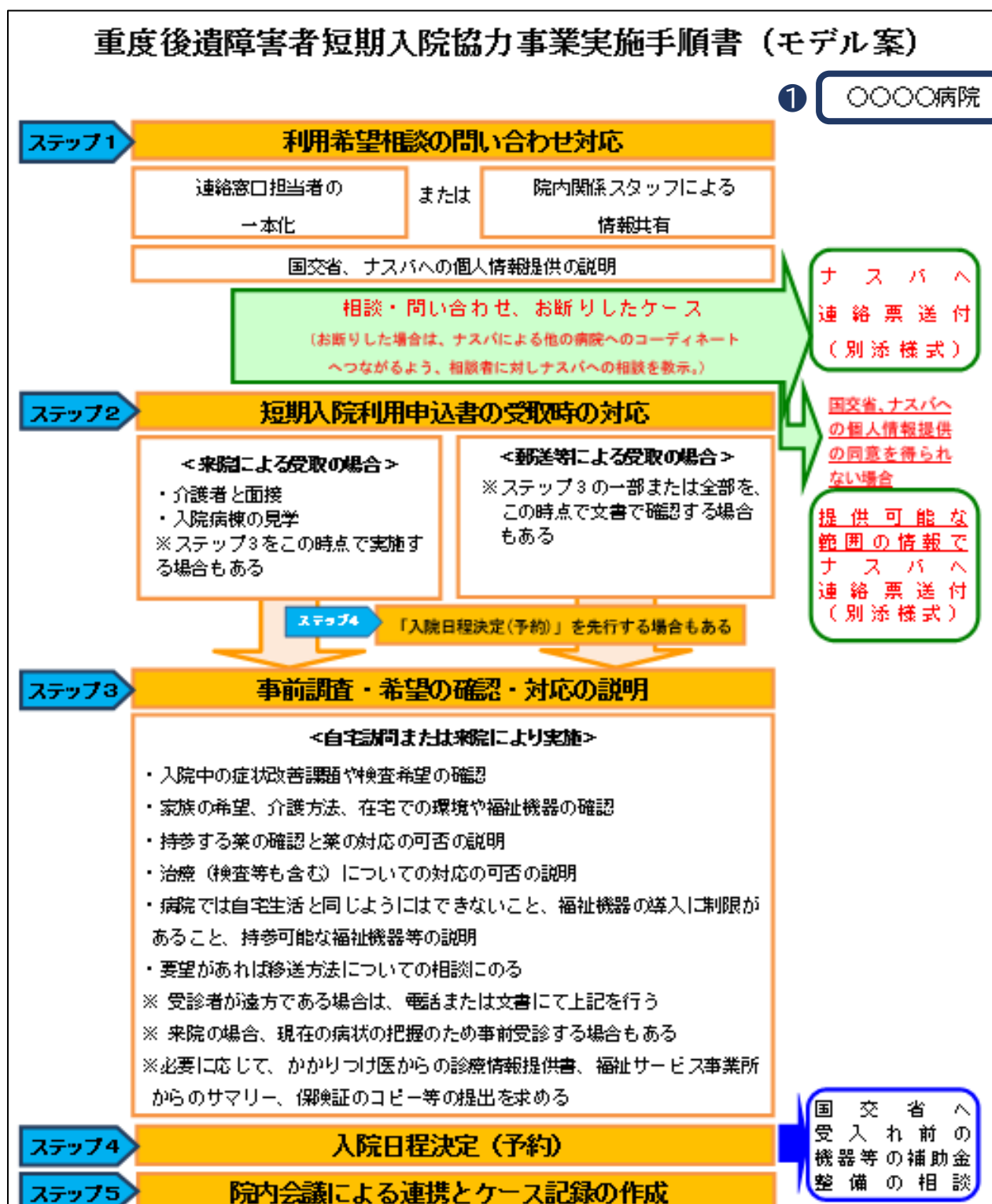
8. 施行日

②

本実施要領は、〇〇年〇〇月〇〇日より施行する。

①病院名をご入力ください。(モデル案1ページ目)

②短期入院協力事業協力病院に指定された日付をご入力ください。(モデル案3ページ目)



①病院名をご入力ください。(モデル案1ページ目)

申請書類様式内の入力シートへの入力方法

事業者情報など(共通)

①	法人番号	1234567890123
②	文書番号	012
③	申請日	2024/10/1
	住所	東京都千代田区霞が関2-1-3
	施設名	社会福祉法人国交会 自動車苑
	代表者名	理事長 国土 太郎

税抜き申請・税込み申請の別	税抜き ④
補助金又は自己負担以外での収入がある場合はその金額	

⑤	郵便番号	100-8918		
	受取人住所	住所	東京都千代田区霞が関2-1-3	
		フリガナ	トウキョウトチヨダ クラスミガ セキ	
	口座名義人	氏名	社会福祉法人国交会 自動車苑 理事長 国土 太郎	
		フリガナ	シヤカイリヨウホウジンコウツウカイジトウシヤビョウインリジチヨウコクトタロウ	
⑥	振込先金融機関	国土交通銀行	金融機関コード	0123
	支店	霞ヶ関支店	支店コード	012
	預金種別	普通預金		
	口座番号	0123456		

事業者情報

- ①申請日欄には書類提出日をご入力ください。
- ②住所欄には病院の住所をご入力ください。
- ③病院名欄には、法人名と病院名をご入力ください。
代表者名欄には法人の代表者の「役職名」と「氏名」をご入力ください。

【補 足】

- 文書番号は申請事業者の文書番号になります。
なお、事業者が独自で文書番号を取得していない場合は記載不要です。
- 申請日については、不備差戻などで複数回再提出をいただく場合、最初にご提出いただいた日付のままでお願いいたします。

税抜き申請・税込み申請の別

- ④税金は補助対象外になる為、原則「**税抜き**」をご選択ください。
(税込みで申請する場合は事務局までご相談ください。)

受取人口座・振込情報等

- ⑤郵便番号は半角数字で7桁ご入力ください。(ハイフンは不要)
受取人住所欄には法人または病院の住所どちらかをご入力ください。
- ⑥振込先口座は法人口座情報をご入力ください。

【補 足】

- 個人口座は**原則不可**となります。

申請書類様式内の入力シートへの入力方法

事業者情報など(共通)

①

	受入者	入院開始日	入院終了日	期間	区分
1	A	令和6年4月10日	令和6年4月23日	14	脳損傷
2	B	令和6年4月15日	令和6年4月20日	6	脳損傷
3	C	令和6年5月5日	令和6年5月15日	11	脊髄損傷
4	A	令和6年5月10日	令和6年5月23日	14	脳損傷
5	C	令和6年6月5日	令和6年6月10日	6	脊髄損傷
6	A	令和6年6月10日	令和6年6月23日	14	脳損傷
7	D	令和6年6月15日	令和6年6月17日	3	脊髄損傷
8	E	令和6年6月20日	令和6年7月1日	12	脳損傷
9	C	令和6年7月5日	令和6年7月10日	6	脊髄損傷
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
計	9			86	

②

今後の在宅重度後遺障害者 (利用者)の受入見込み延べ人数	合計	12	名程度
	脳損傷	7	名程度
	脊髄損傷	5	名程度
	その他		名程度

在宅重度後遺障害者(利用者)の短期入院受入状況

- ①令和7年4月以降の受け入れ実績をご入力ください。
- ②申請日以降且つ年度内の受入見込みの人数をご入力ください。

補助金交付申請に関する担当者

③

④

郵便物の宛名	国土太郎					
郵便物の送付先住所	〒100-8918 東京都千代田区霞が関2-1-3					
	所属	役職	氏名	氏名ふりがな	電話番号	e-mail
担当者①	総務課	主任	国土次郎	こくどじろう	080-0000-0000	kokudojiro@abc
担当者②	総務課	副主任	国土三郎	こくどさぶろう	090-0000-0000	kokudosaburo@abc

請求書関係

⑤

本件責任者:	国土太郎	連絡先:	000-0000-0000
担当者:	国土次郎	連絡先:	090-0000-0000

補助金交付申請に関する担当者

- ③郵便物の送付先住所や担当者の連絡先など、すべてご入力ください。
- ④「郵便物の送付先住所」は住所の詳細までご入力ください。

【補 足】

- 担当者欄は担当者が1名の場合、1名のみの記載で構いません。
- 所属欄に記載する所属部署名がない場合は、病院名をご入力ください。

請求書関係

- ⑤本件責任者と担当者をご入力ください。(記入必須)

【補 足】

- 本件責任者と担当者は同一人物でも構いません。

申請書類様式内の入力シートへの入力方法

入院施設支援費

入院施設支援費																
分類	購入機器名	メーカー名	型番	数量	単位	税抜金額		消費税		税込金額		納品日	実施年月	補助金対象経費		単位
1	医用テレメータ	株式会社A	a01	1	式	¥1,200,000	¥1,200,000	¥120,000	¥120,000	¥1,320,000	¥1,320,000	R07.1.10	令和07年1月	¥1,200,000	¥1,200,000	1式
	テレメータ		a02	1	台	¥-	¥-	¥-	¥-	¥-	¥-			¥-	¥-	1台
	架台		a03	1	台	¥-	¥-	¥-	¥-	¥-	¥-			¥-	¥-	1台
	送信機		a04	1	台	¥-	¥-	¥-	¥-	¥-	¥-			¥-	¥-	1台
	電極リード線		a05	1	個	¥-	¥-	¥-	¥-	¥-	¥-			¥-	¥-	1個
2	チルトテーブル	株式会社B	b01	1	式	¥900,000	¥900,000	¥90,000	¥90,000	¥990,000	¥990,000	R07.1.14	令和07年1月	¥900,000	¥900,000	1式
	チルトテーブル		b02	1	台	¥-	¥-	¥-	¥-	¥-	¥-			¥-	¥-	1台
	ワークテーブル		b03	1	台	¥-	¥-	¥-	¥-	¥-	¥-			¥-	¥-	1台
3	特殊浴槽	株式会社C	c01	1	式	¥2,000,000	¥2,000,000	¥200,000	¥200,000	¥2,200,000	¥2,200,000	R07.1.20	令和07年1月	¥2,000,000	¥2,000,000	1式
	特殊浴槽		c02	1	台	¥-	¥-	¥-	¥-	¥-	¥-			¥-	¥-	1台
	安全装置		c03	1	台	¥-	¥-	¥-	¥-	¥-	¥-			¥-	¥-	1台
	操作ボックス		c04	1	台	¥-	¥-	¥-	¥-	¥-	¥-			¥-	¥-	1台
	加圧ポンプ		c05	1	台	¥-	¥-	¥-	¥-	¥-	¥-			¥-	¥-	1台
	入浴用車椅子		c06	1	台	¥-	¥-	¥-	¥-	¥-	¥-			¥-	¥-	1台
	安全ベルト		c07	1	個	¥-	¥-	¥-	¥-	¥-	¥-			¥-	¥-	1個
	キャスター		c08	4	個	¥-	¥-	¥-	¥-	¥-	¥-			¥-	¥-	4個
						¥-	¥-	¥-	¥-	¥-	¥-			¥-	¥-	
						¥-	¥-	¥-	¥-	¥-	¥-			¥-	¥-	

入院施設支援費

- ① 機器本体にのみ数字をご入力ください。
- ② 数量欄は在宅重度後遺障害者(利用者)の短期入院受入実績人数以下の数量をご入力ください。
- ③ 各機器の単位をご入力ください。
見積書に「1式」でまとめられている場合は見積書に合わせて「式」でご入力ください。
- ④ 納品書や請求書等を確認し、税抜き単価をご入力ください。
- ⑤ 納品日は年月日をすべてご入力ください。
納品日が確定していない場合は納品予定日をご入力ください。(事前相談時)

【補 足】

- 資産に当てはまらないもの(設置費や配送等)は対象外となりますので、設置工事費・送料が単価の欄の申請金額に含まれていないかをご確認ください。
- 非課税の機器もあるため、納品書や領収書等にて、対象機器の課税対象有無をご確認ください。
→ 非課税の場合は、【消費税 単価】の値を“=0”とご入力ください。

申請書類様式内の入力シートへの入力方法

入院施設支援費

医療器具・用具等の使用状況の区分に応じて設定する補助率 ①		
実施内容	下記「イ」「ロ」より該当するものを選択	補助率
医用テレメータ	イ	定額
チルトテーブル	イ	定額
特殊浴槽	イ	定額

イ 重度後遺障害者の短期入院を受け入れるために一般的に使用する医療器具・用具等である 補助率「定額」		
特殊浴槽	移乗・体位交換補助用具	特殊尿器
車椅子	移動用リフト	医用テレメーター
介護用椅子	監視カメラ装置	姿勢保持訓練器具
介護用ベッド	意思伝達装置	パルスオキシメーター
床ずれ予防対策用具	痰吸引装置	各種リハビリ機器
ロ イに該当しない医療器具・用具等のうち重度後遺障害者の短期入院を受け入れるために使 補助率「1/2」		

医療器具・用具等の使用状況の区分に応じて設定する補助率

① 赤枠の「イ」、「ロ」より該当するものをご選択ください。

【補 足】

- 「イ」に該当する場合は補助率が「定額」
- 「ロ」に該当する場合は補助率が「1/2」

申請書類様式内の入力シートへの入力方法

入院施設支援費

実施内容			導入（更新・増設）理由及び使用方法		
医用テレメータ	同種の介護器具・用具等の保有の有無	なし	名称	使用が見込まれる者は〇〇のような症状があり、これに対応するため、本機器を導入し、◎◎といった方法でこれを用いることにより、△△の改善が図られ、■■の向上を目指したいと考えるところ、当院においては、当該機器を保有していないことから、導入を希望。	
	受入者うち使用が見込まれる者	A	導入・更新等の別	導入	理由・使用方法
チルトテーブル	同種の介護器具・用具等の保有の有無	あり	名称	チルトテーブル	
	受入者うち使用が見込まれる者	B	導入・更新等の別	更新	理由・使用方法
特殊浴槽	同種の介護器具・用具等の保有の有無	あり	名称	特殊浴槽	
	受入者うち使用が見込まれる者	C	導入・更新等の別	増設	理由・使用方法
	同種の介護器具・用具等の保有の有無		名称		
	受入者うち使用が見込まれる者		導入・更新等の別		理由・使用方法

入院施設支援費により導入した医療器具・用具等の導入(更新・増設)理由及び使用方法

- ① 導入・増設・更新のいずれかをご入力ください。
- ② 導入理由・使用方法をご入力ください。
- ③ 同種の医療器具・用具等の保有の有無が「あり」を選択する場合、保有している医療器具・用具等の名称をご入力ください。

【補 足】

■ 導入・更新等の別欄の選択肢の意味は以下の通りです。

導入: 重度後遺障害者のために、今までにない新たな機器類を購入する場合

更新: 重度後遺障害者のために、使用している機器類を買い替える場合

増設: 重度後遺障害者のために、導入している機器類を買い足す場合

申請書類様式内の入力シートへの入力方法

研修等経費

利用促進等事務費 ①研修等経費

イ 参加の場合

①	研修名	研修期間		出席者		②					開催場所	
		開始日	終了日	役職	氏名	旅費	受講料・参加費等	補助対象経費	補助金申請額	自己負担額	施設名	住所
1	喀痰吸引等研修	R07.9.4	R07.9.7	生活支援員	国土花子	¥5,000	¥ 90,000	¥ 95,000	¥ 93,000	¥ 2,000	国土研修所	東京都港区〇-△-□
2	喀痰吸引等研修	R07.9.4	R07.9.7	生活支援員	交通太郎	¥3,500	¥ 90,000	¥ 93,500	¥ 93,500		国土研修所	東京都港区〇-△-□
3												
4												

ロ 開催の場合

①	研修名	研修期間		講師		②				謝礼金			
		開始日	終了日	役職	氏名	旅費	自己負担額	事業所負担額	補助金申請額	謝礼金	自己負担額	事業所負担額	補助金申請額
5	A研修	R07.4.10	R07.4.12	大学教授	国土 太郎	500	90	500	410	10,000	5,000	10,000	5,000
6	B研修	R07.10.3	R07.10.4	准教授	交通 郁美	7,000	80	7,000	6,920	10,000	5,000	10,000	5,000
7								-				-	-
8								-				-	-
9								-				-	-

会場借上料詳細・会場住所等

会場使用料	当館機庫使用料	会議費	資料費	事業所負担額	補助対象経費	自己負担額	施設名	住所	参加者数
50,000	2,000	20,500	50,000	122,500	121,500	1,000	施設A	東京都港区〇-△-□	10
8,000	488	100	50	8,638	7,638	1,000	施設B	東京都港区〇-△-□	20
				-	-				
				-	-				
				-	-				

研修等経費

- ①参加者・講師1名ごとに1行ご入力ください。
- ②“研修等経費”の請求書を確認し、各種金額をご入力ください。

【補 足】

- 研修等経費を申請する場合は、参加実績報告書や開催実績報告書の提出が必要です。（詳細はP29～36をご参照ください。）
- 自己負担額が参加実績報告書や開催実績報告書の自己負担額と、一致しているかをご確認ください。

申請書類様式内の入力シートへの入力方法

備品類導入費

利用促進等事務費 ②備品類導入費

分類	購入物品名	メーカー・出版社名	型番(図書コード)	数量	単位	② 税抜金額		消費税		税込金額		③ 納品日	実施年月	補助金対象経費		
						単価	金額	単価	金額	単価	金額			単価	金額	単位
1	書籍1	株式会社出版1	XX-XXX1	1	冊	¥10,000	¥10,000	¥1,000	¥1,000	¥11,000	¥11,000	R06.4.1	令和06年4月	¥10,000	¥10,000	1冊
2	書籍2	株式会社出版2	XX-XXX2	2	台	¥20,000	¥40,000	¥2,000	¥4,000	¥22,000	¥44,000	R06.5.1	令和06年5月	¥20,000	¥40,000	2台
3	書籍3	株式会社出版3	XX-XXX3	3	式	¥30,000	¥90,000	¥3,000	¥9,000	¥33,000	¥99,000	R06.6.1	令和06年6月	¥30,000	¥90,000	3式
4	書籍4	株式会社出版4	XX-XXX4	4	冊	¥40,000	¥160,000	¥4,000	¥16,000	¥44,000	¥176,000	R06.7.1	令和06年7月	¥40,000	¥160,000	4冊
5	書籍5	株式会社出版5	XX-XXX5	5	台	¥50,000	¥250,000	¥5,000	¥25,000	¥55,000	¥275,000	R06.8.1	令和06年8月	¥50,000	¥250,000	5台

利用促進等事務費（備品類導入費）により導入した備品等の導入理由

実施内容	導入理由及び使用方法
書籍1	理由1
書籍2	理由2
書籍3	理由3
書籍4	理由4
書籍5	理由5

備品類導入費

- ①各備品の単位をご入力ください。
- ②納品書や請求書等を確認し、税抜き単価をご入力ください。
- ③納品日は年月日をすべてご入力ください。
納品日が確定していない場合は納品予定日をご入力ください。
- ④導入理由・使用方法をご入力ください。

【補 足】

- 資産にならないもの(配送費等)は対象外となりますので、送料等が単価の欄の申請金額に含まれていないかをご確認ください。

申請書類様式内の入力シートへの入力方法

広報活動費

イ パンフレット、冊子、webページ等を作製して広報活動を行った場合

分類	活動内容	受注社名	数量	単位	費用の別	税抜金額		消費税	
						単価	金額	単価	金額
1	短期入院受入に関するHP構築	A(株)	2	式	制作費	¥200,000	¥400,000	¥20,000	¥40,000
2	短期入院受入を含むパンフレットの作製	B(株)	1,000	部	制作費	¥500	¥500,000	¥50	¥50,000
3	短期入院受入を含むパンフレットの作製	C(株)	1,000	部	制作費	¥200	¥200,000	¥20	¥20,000

税込金額		補助金申請額		納品日	実施年月	単位
単価	金額	単価	金額			
¥220,000	¥440,000	¥200,000	¥400,000	R06.7.15	令和06年7月	2式
¥550	¥550,000	¥ 500	¥500,000	R06.7.15	令和06年7月	1000部
¥220	¥220,000	¥ 200	¥200,000	R06.7.15	令和06年7月	1000部

(※) 広報活動の内容

分類	活動内容	配布・掲載の別	具体的内容	成果物の名称
1	短期入院受入に関するHP構築	掲載:	http://XXY.co.jp	掲載内容の通り
2	短期入院受入を含むパンフレットの作製	配布:	別で提出した書類の内容通り	〇〇病院のご案内
3	短期入院受入を含むパンフレットの作製	配布:	別で提出した書類の内容通り	〇〇病院のご案内

ロ 関係機関等に訪問して広報活動を行った場合

分類	活動内容	活動期間		訪問者	役職	7			
		開始日	終了日			旅費	病院負担額合計	補助金申請額	自己負担額
4	訪問広報活動	R06.7.15	R06.7.15	生活支援員		¥ 25,000	¥ 25,000	¥ 23,000	¥ 2,000
5	訪問広報活動	R06.7.15	R06.7.15	MSW		¥ 25,000	¥ 25,000	¥ 23,000	¥ 2,000
6	訪問広報活動	R06.7.15	R06.7.15	医師		¥ 25,000	¥ 25,000	¥ 23,000	¥ 2,000

広報活動費

- ① 制作物の単位をご入力ください。
- ② 納品書や請求書等を確認し、税抜き単価をご入力ください。
- ③ 納品日は年月日をすべてご入力ください。
- ④ Webページ等に情報を掲載した場合「掲載:」をご入力ください。
パンフレット等を作成した場合「配布:」の選択をご入力ください。
- ⑤ 配布・掲載の別にて「掲載:」を選択した場合、情報掲載のホームページのURLをご入力ください。
「配布:」を選択した場合「別で提出した書類の内容通り」とご入力ください。
- ⑥ 訪問者1名ごとに1行ご入力ください。
- ⑦ 広報活動実施報告書と一致する金額をご入力ください。(下記参照)

【補 足】

- 関係機関等に訪問して広報活動を行った場合は、広報活動実施報告書の提出が必要です。
(詳細はP31,40~41をご参照ください。)

申請書類様式内の入力シートへの入力方法

短期入院プラン作成費

利用促進等事務費 ④短期入院プラン作成費

実施内容		プラン作成件数	単位	① 入院計画表手交(郵送)日				実施年月
1	短期入院プラン作成及び配布	2	件	R06.7.15	R06.10.4			令和6年10月

参加者の役職					
医師	看護師等				
看護師等	M S W等				
M S W等					

役職	作成件数	③ 訪問回数	補助対象経費	人件費	交通費
医師	1	1	¥ 50,780	¥ 49,680	¥ 1,100
看護師等	2	2	¥ 48,082	¥ 22,941	¥ 1,100
M S W等	2	2	¥ 36,508	¥ 17,154	¥ 1,100
合計	5	5	¥ 135,370		

短期入院プラン作成費

- ①入院計画表手交(郵送)日は年月日をすべてご入力ください。
- ②参加者の役職は「医師」・「看護師等」・「MSW等」のいずれかをご選択ください。
- ③訪問回数は在宅訪問した場合のみご入力ください。
※1つのプランで複数回、在宅家庭を訪問した場合はカウントは1となります。

例)1プラン作成時に看護師2回、MSW3回、訪問した場合
→訪問回数:看護師 1、MSW 1

【補 足】

- 短期入院プラン作成費を申請する場合は、短期入院の入院計画表の提出が必要です。
(詳細はP42~43をご参照ください。)

申請書類様式内の入力シートへの入力方法

入院施設支援費

■検収調書

	購入機器名	設置場所	納入事業者
①	医用テレメータ	1階 病棟	株式会社A
②	チルトテーブル	2階 リハビリテーション室	株式会社B
③	特殊浴槽	1階 浴室	株式会社C
④			
⑤			
⑥			
⑦			
⑧			
⑨			
⑩			

■検収調書

検収日	令和7年10月1日	検収員①役職	主任	検収員①氏名	国土次郎
検収員②役職	副主任	検収員②氏名	交通二郎		

③④

検収調書

- ① 階数と設置場所までご入力ください。
- ② 納入事業者をご入力ください。
- ③ 根拠資料を基に検収日・検収員の役職・氏名をご入力ください。
- ④ 検収日は根拠書類となる、検収書や納品書上の日付をご入力ください。

【補 足】

- 検収員は1名のみの記入でも可能です。
- 検収日がない場合は納品日をご入力ください。
- 購入機器が複数ある場合は、一番最後の検収日をご入力ください。

申請書類様式内の入力シートへの入力方法

備品類導入費

■検収調書

	購入物品名	設置（納入）場所	納入事業者
①	書籍1	1階	A
②	書籍2	2階	B
③	書籍3	3階	C
④	書籍4	4階	D
⑤	書籍5	5階	E

[illegible]

検収調書

- ①階数と設置場所までご入力ください。
- ②納入事業者をご入力ください。
- ③根拠資料を基に検収日・検収員の役職・氏名をご入力ください。
- ④検収日は根拠書類となる、検収書や納品書上の日付をご入力ください。

【補足】

- 検収員は1名のみの記入でも可能です。
- 検収日がない場合は納品日を入力してください。
- 購入備品が複数ある場合は、一番最後の検収日を入力してください。

申請書類様式内の入力シートへの入力方法

広報活動費

■検収調書関係			
検収日	令和7年11月1日		
検収員①役職	事務	検収員①氏名	A
検収員②役職	事務	検収員②氏名	B

①②

検収調書

- ①根拠資料を基に検収日・検収員の役職・氏名をご入力ください。
- ②検収日は根拠書類となる、検収書や納品書上の日付をご入力ください。

【補 足】

- 検収員は1名のみの記入でも可能です。
- 検収日がない場合は広告等の申請に対しては「掲載終了日」を、パンフレット等の制作物に対しては「納品日」をご記入ください。
- 制作物が複数ある場合は、一番最後の検収日をご入力ください。

当該医療器具・用具等(当該備品類)のカタログ・パンフレット

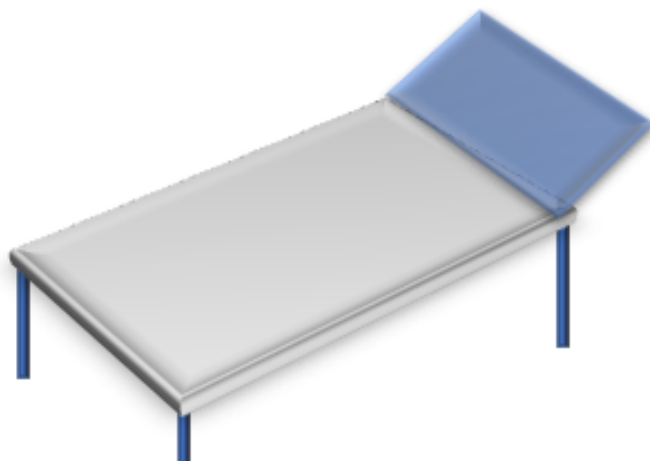
当該医療器具・用具等(当該備品類)のカタログ・パンフレット(入院施設支援費・備品類導入費)

カタログ・パンフレット(例)

①

株式会社〇〇器具

介護ベッド スペシャルスリープ



安心・安全。介護を笑顔に。

シンプルだけど寝心地抜群。安全機能も充実。

介護ベッド スペシャルスリープ

型番：ZZZZ-ZZZZZZ

価格：XXXXXX円(税別)

①申請した器具の写真・名称・用途が記載されたカタログ・パンフレットをご提出ください。

【補 足】

■事前相談時から変更がなければ、交付申請兼実績報告時には提出不要です。

売買契約書・契約書

売買契約書(入院施設支援費・備品類導入費・広報活動費(i作成))

売買契約書	
1 事業名	浴槽交換
① 2 納入場所	
3 業務期間	～ 日まで
② 4 契約金額	円 (うち取引に係る消費税及び地方消費税の額 円)
5 支払い条件	前払金 なし 中間前払金 なし 部分払金 なし
6 契約保証金	なし
上記の業務について、本契約書の上記条件以外に、及び本契約書添付の設計書、図面、仕様書等によって契約を締結し、契約の証として本書2通を作成し、当事者記名押印のうえ各自1通を保有する。 令和 年 月 日	
③ 発注者	住 所 氏 名 社会福祉法人〇〇会 〇〇
④ 受注者	住 所 氏 名 株式会社〇〇機器

- ①納入場所が申請病院の住所であるかをご確認ください。(入院施設支援費のみ)
- ②契約金額が入力シート、見積書と相違ないかをご確認ください。
- ③発注者は申請時記載の事業所名であるかをご確認ください。
- ④受注者は見積書記載の業者であるかをご確認ください。

【補 足】

- 契約金額に工事金額やその他物品の金額が含まれている場合でも、見積書にて対象外の金額と対象となる金額のエビデンスが確認できれば問題ございません。
- 少額のため売買契約書がない場合は、発注日がわかる書類をご提出ください。

納品書

納品書(入院施設支援費・備品類導入費・広報活動費(i 作成))

納品書

① 株式会社〇〇機器

② 社会福祉法人 〇〇会 〇〇病院 御中

③ 2023 年

④ リフト
工事費

⑤ 1,000,000

品名	数量	単価	金額
リフト	1	1,000,000	1,000,000
工事費	1	100,000	100,000
小計			1,100,000
消費税			100,000
合計			1,200,000

- ① 納品者は見積書記載の業者であるかをご確認ください。
- ② 納品先は申請書類記載の事業者名であるかをご確認ください。
- ③ 納品日、または納品書発行日が記載されているかをご確認ください。
- ④ 納入機器名が申請内容と相違ないかをご確認ください。
- ⑤ 金額が見積書と申請金額と相違ないかをご確認ください。

【補 足】

- 設置工事費・送料が申請金額に含まれていないかをご確認ください。
- 納品書がない場合は納入業者に発行していただくようお願いいたします。
- 「X線関係の機器は保健所へ機器の登録が終了するまで納品書を発行できない」などの理由で、日付が実際の納品日と相違している場合は理由書を作成し、ご提出ください。

請求書

請求書(入院施設支援費・研修等経費・備品類導入費・広報活動費)

請求書			
INVOICE			
①	〇〇 株式会社 〇〇 〇〇 御中	②	請求日： 請求番号： 株式会社 〇〇〇 〒000-0000 東京都〇〇区...
ご請求金額 ￥00000000 (税込)		TEL： E-Mail： 担当：	
③	品番・品名	数量	④
	浴槽	1個	単価 ￥000000 金額 ￥000000
	追加パーツA	1個	単価 ￥000000 金額 ￥000000
	追加パーツB	1個	単価 ￥000000 金額 ￥000000
	運送費	1式	単価 ￥000000 金額 ￥000000
	取付費	1式	単価 ￥000000 金額 ￥000000
	撤去費	1式	単価 ￥000000 金額 ￥000000
		小計	￥00000000
		消費税 10%	￥00000000
		合計金額	￥00000000
備考			
いつもご利用いただきありがとうございます。			
振込先：〇〇銀行 〇〇支店(普通) 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 お振込み手数料は御社ご負担にてお願いいたします。 (※手数料は、税別)			

- ①請求先は申請時記載の事業所名であるかをご確認ください。
- ②請求者が見積書や申請書記載の会社であるかをご確認ください。
- ③品名、サービス名が見積書・申請内容と相違ないかをご確認ください。
- ④請求金額が見積書・申請金額と相違ないかをご確認ください。

【補 足】

- 記載されている金額が税別か税込かをご確認ください。

領収書

領収書(入院施設支援費・研修等経費・備品類導入費・広報活動費)

領 収 書

① 1,000円

② 2023年8月1日
医療法人社団〇〇会 〇〇病院 御中

③ 金 額 ¥3,000,000(税込)
但し 特殊浴槽
上記金額正に領収致しました。

④ 株式会社〇〇機器

指
当
者

- ① 5万円以上の場合、金額に応じて収入印紙が貼られているかをご確認ください。
(オンライン発行の領収書は収入印紙不要)
- ② 宛先が入力シートの事業者情報と相違がないかをご確認ください。
- ③ 金額が申請金額と相違ないかをご確認ください。
- ④ 領収者は見積書や申請書類記載の業者と相違ないかをご確認ください。

【補 足】

- 記載されている金額が税別か税込かをご確認ください。
- 領収書がない場合は納入業者に発行していただくようお願いいたします。

振込証明書

振込証明書(入院施設支援費・研修等経費・備品類導入費・広報活動費)

【状態：受付済み】

実行結果<振込・振替サービス>

■取引情報

受付番号	
取引種別	振込・振替サービス
① 日付	指定日 06月30日
取引名	6月分支払い
振込メッセージ	—

■振込元情報

② 支払口座

■振込先口座

③

振込先金融機関	
振込先口座	
受取人名	
登録名	

■振込金額

④

入金金額	
手数料	
引落合計金額	

振込依頼を受付けました。振込依頼は 6月30日扱いです。

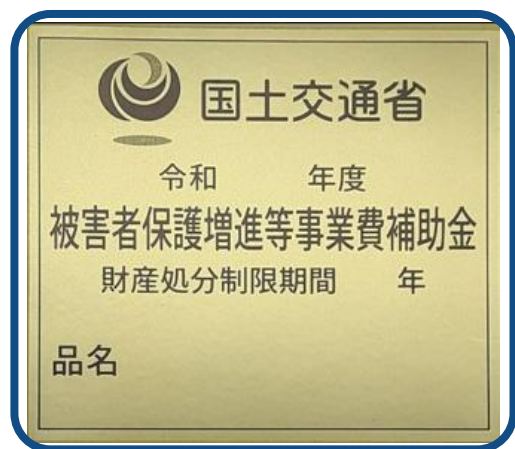
- ① 振込日が補助対象事業期間内であるかをご確認ください。
- ② 振込依頼者は申請書類記載の事業者名であるかをご確認ください。
- ③ 振込先が見積書や領収書と相違ないかをご確認ください。
- ④ 振込金額が申請金額と相違ないかをご確認ください。

【補 足】

■上記書類で支出したことが確認できない場合、その理由を記載した書類をご提出ください。

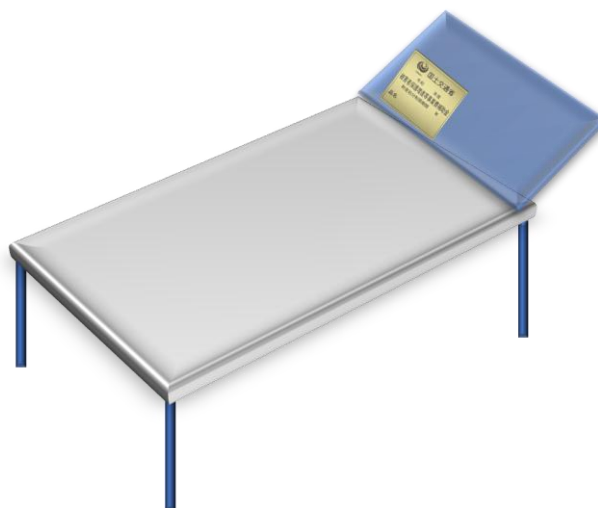
当該医療器具・用具等(当該備品類)の写真

当該医療器具・用具等(当該備品類)の写真(入院施設支援費・備品類導入費)



①②

ステッカーを貼り付けた当該医療器具の写真(例)



- ①国土交通省指定のステッカーが貼付されていることが明確にわかる写真をご提出ください。
- ②ステッカーに年度、財産処分制限期間、品名をご記入ください。

【補 足】

- 今年度、入院施設支援費、備品類導入費で購入を希望されている医療器具・用具、備品類等については、すべて対象物にステッカーを貼付の上、貼付されていることがわかる画像の提出が必要となります。
- ステッカーに関しては、納品後事務局までご連絡いただければ送付いたします。
- 財産処分制限期間については、ステッカーと同封いたします別紙にてご確認ください。
- 品名は申請書類記載の品名をご記入ください。
- ステッカーに記入した文字が明瞭なものをご提出ください。

パンフレット(例)

①



①本事業で作成したものをご提出ください。

【補 足】

■法人全体であったり、申請事業所(病院)のものでない場合は対象外となります。

報告書については研修の形態や申請する旅費の種類によってご準備いただく書類が変わります。該当する書類をご確認の上、提出書類のご準備をお願いいたします。

研修に参加する場合

公共交通機関

研修等への
参加実績報告書
(公共交通機関
の場合)

車

研修等への
参加実績報告書
(車使用の場合)

研修を開催する場合

公共交通機関

研修等
開催実績報告書
(公共交通機関
の場合)

車

研修等
開催実績報告書
(車使用の場合)

【補足】

■公共交通機関の場合:電車・飛行機・バス等公共交通機関を利用する場合

■車使用の場合:事業者所有の車を利用する場合

■研修等経費申請時の入力方法に関しては、[P30](#)、[P32～36](#)の研修等経費の申請様式をご参照ください。

研修等経費の申請様式について

書類の名称と構成

●報告書は「公共交通機関の場合」と「車使用の場合」があり、以下のシートで構成されています。

1シート目	〈見本〉報告書	記入例
2シート目	(表紙)報告書	報告書
3シート目	〈見本〉行程表及び 旅費(諸謝金等)積算書	記入例
4シート目	行程表及び旅費(諸謝金等) 積算書A	表紙記載の氏名A用
5シート目	行程表及び旅費(諸謝金等) 積算書B	表紙記載の氏名B用
6シート目	行程表及び旅費(諸謝金等) 積算書C	表紙記載の氏名C用
7シート目	(参考)宿泊費等	国家公務員等の旅費に関する 法律積算額

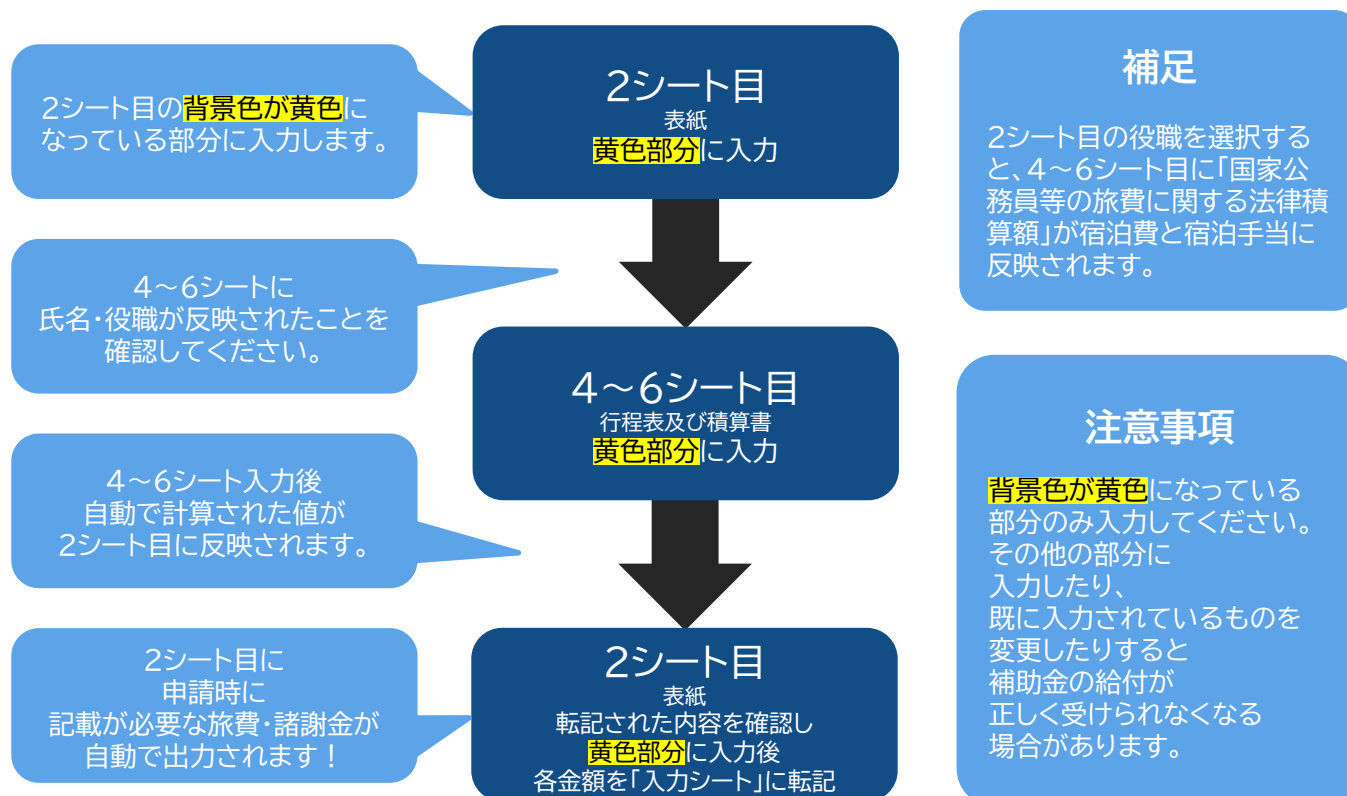
※研修等への参加実績報告書(車使用の場合)、研修等開催実績報告書(車使用の場合)

車使用の場合、報告書の提出時に以下の確約書の提出が必要となるため8シート構成となります。
(7シート目:確約書、8シート目:(参考)諸謝金・宿泊費等)



「研修、講演会等を使用した自家用車が補助対象事業者所有のものであることの確約書」
(詳細はP35をご参照ください。)

●P32～36に記載の研修等経費の申請様式の入力の手順を下図にてまとめております。
下記手順に沿って、ご入力をお願いいたします。



旅費の申請様式について(研修等経費・広報活動費(ii 訪問))

旅費について

- 旅費の申請内容は、実施細目にある通り旅費法の規定に準じます。

実施細目(抜粋)

(研修等経費及び広報活動費に係る積算方法)

第7条 研修等経費の対象となる間接補助事業の範囲は、受講料、講師に対する謝金、研修等への参加・開催に係る旅費及び雑費とし、その積算については、**国家公務員等の旅費に関する法律(昭和 25 年法律第 114 号)**等の規定に準じて行うものとする。



基本ルール

- 社会通念上「通常の経路及び方法」のうち、「最も経済的な」ものを選択する
- 車移動の場合は行程が8km未満は補助対象外
- 日当は補助対象外
- 寄り道は補助対象外

申請時に必要な証拠書類

公共交通機関使用の場合(研修等経費・広報活動費(ii 訪問))

実績報告時の必要な領収書

- パック商品(タ・朝食の有無の内訳を含む。記載がなければ明細書をご提出ください。)
- 急行料金
- 航空賃
- 宿泊料(パック商品を使用しない場合)
- タクシー料金

車使用の場合(研修等経費・広報活動費(ii 訪問))

自家用車が補助対象事業者所有のものであることの確約書をご提出ください。

- 車賃は1kmあたり18円となります。
ただし事業者の住所地(都道府県や市区町村)が定める車賃が18円以下の場合は、
安価な方をご採用ください。
通算した路程に1km未満の端数がある時は切り捨てとなります。

- 複数人で相乗りしている場合は、1台分の車賃のみ補助対象となります。

実績報告時の必要な書類

- ・ガソリン代のレシートまたは領収書
- ・高速道路の使用料金がわかる領収書等

旅費・諸謝金・使用料・参加費の場合(研修等経費・広報活動費(ii 訪問))

実績報告時に「研修等経費(広報活動を行った者に係る経費)を預貯金から支出したことを証する通帳(写し)または振込証明書(写し)」をご提出ください。

研修等経費の申請様式入力方法

2シート目(表紙)報告書

研修等参加実績報告書<公共交通機関を使用した場合>

1

事業者名 社会福祉法人国交会自動車苑

代表者名 理事長 国土 太郎

研修、講演会等の概要

- 2

- 3

- 4

- 5

2. 研修、講演会等の旅行行程
別紙「行程表及び旅費積算書」のとおり

- ### 3 研修、講演会等の参加に要した経費

- 6

※参加費等の根拠は、領収書等のとおり

※旅費の積算方法は、別紙「行程表及び旅費積算書」のとおり

※「研修等開催報告書」の場合、以下の項目になっています。

3. 研修等の開催に要した経費

- 6

- ①申請者名が他の提出書類と相違がないようにご入力ください。
- ②名称・日時・場所が他の提出書類と相違ないようにご入力ください。
- ③役職はプルダウンでご選択ください。
※役職と氏名が、提出名簿等と相違ないかをご確認ください。
- ④該当の研修、講演会等の各資料を別途ご提出ください。
- ⑤自動車事故被害者の支援になっているかをご確認ください。
- ⑥研修参加の場合は、参加費のみご入力ください。研修開催の場合は、会議費・会場使用料・放送機器使用料・資料費をご入力ください。
※④の各資料の金額と一致するようにご入力ください。
※旅費・諸謝金は「A・B・C」シートを入力することで該当箇所の合計金額が反映されます。
(「A・B・C」シートの入力方法についてはP33～34をご参照ください。)

研修等経費の申請様式入力方法

4～6シート目(行程表及び旅費積算書A・B・C)報告書 公共交通機関の場合

① 氏名・役職 (報告書)シートの氏名と役職が反映されているかご確認ください。

② 詳細
日付 「報告書」シートの日付・他の該当提出書類の日付と相違ないようにご入力ください。

出発時刻・到着時刻・出発地・交通手段・到着地 yahoo路線情報の検索結果と相違ないかご確認ください。
※原則最安値であること

宿泊地 宿泊する場合はプルダウンでご選択ください。
※宿泊地によって補助金申請上限額が変わります。

③ 補助対象経費
鉄道賃 航空賃 車賃 該当する項目をご入力ください。
※yahoo路線情報の検索結果や領収書と相違ないかご確認ください。

宿泊費 宿泊費をご入力ください。
領収書と相違ないかご確認ください。※役職によって補助金申請上限額が変わります。

諸謝金(研修等開催の場合) 講師の講演時間(開催時間)と諸謝金の額をご入力ください。
※役職によって補助金申請上限額が変わります。

パック料金(該当の場合) 航空賃または新幹線+宿泊代のセット料金をご入力ください。
領収書と相違ないかご確認ください。
※パック使用の場合は宿泊費と航空賃・新幹線の併用はできません。

夕食・朝食の有無 プルダウンでご選択ください。
※有無を入力すると、役職に応じて宿泊手当が反映されます。

④ 補助金申請額 ③で入力された金額が、役職により「(参考)宿泊費等」シートから上限金額が反映されているかご確認ください。

⑤ 「行程表及び旅費積算書A・B・C」シートの以下の金額の合計が「報告書」シートの「3.研修、講演会等の参加に要した経費:旅費」の項目に反映されているかご確認ください。

経費項目	金額	補助金申請額	自己負担額
研修、講演会等の参加に要した経費			
補助対象経費の合計	53,434円	47,334円	6,100円
参加費等			
補助対象経費	15,000円	15,000円	自己負担額
旅費	38,434円	32,334円	6,100円
補助対象経費			

※参加費等の根拠は、領収書等のとおり
※旅費の積算方法は、別紙「行程表及び旅費積算書」のとおり

補助対象経費 実際にかかった経費の合計
補助金申請額 旅費法の上限金額の合計
自己負担額 補助対象経費合計-補助金申請額合計

研修等経費の申請様式入力方法

4～6シート目(旅行行程表及び旅費積算書A・B・C)報告書 車移動の場合

① 氏名・役職 ② 日付・出発時刻・到着時刻・出発地・所在地・到着地 ③ 旅費積算書A・B・C ④ 報告書

日付	出発時刻	到着時刻	出発地	所在地	到着地	所在地	宿泊地	距離	普通道路の使用有無	補助対象経費 (車賃と公的経費)				補助金申請額 (国家公務員等の旅費に関する法律積算額)			
										実費	時間	実費	回数	実費	回数	実費	回数
2025/9/4	10:00	11:00	〇〇市 (仮称)	山形県山形市旅費制2-3-23	山形県山形市旅費制2-3-23	山形県山形市旅費制2-3-23	山形県山形市旅費制2-3-23	58.0	■								
	11:30	12:30	山形県山形市旅費制2-3-23	山形県山形市旅費制2-3-23	山形県山形市旅費制2-3-23	山形県山形市旅費制2-3-23	山形県山形市旅費制2-3-23	58.0	■								
2025/9/5	13:30	14:30	山形県山形市旅費制2-3-23	山形県山形市旅費制2-3-23	山形県山形市旅費制2-3-23	山形県山形市旅費制2-3-23	山形県山形市旅費制2-3-23	58.0	■								
	15:00	16:00	山形県山形市旅費制2-3-23	山形県山形市旅費制2-3-23	山形県山形市旅費制2-3-23	山形県山形市旅費制2-3-23	山形県山形市旅費制2-3-23	58.0	■								
計																	

⑤ 補助対象経費 44,234 補助金申請額 41,634 自己負担額 2,600

⑥ 自家用車使用の経路書 自家用車使用に伴う雑費領収書

- 氏名・役職 「報告書」シートの氏名と役職が反映されているかご確認ください。
- 詳細
 - 日付 「報告書」シートの日付・他の該当提出書類の日付と相違ないようにご入力ください。
 - 出発時刻・到着時刻・出発地・所在地・到着地 経路 グーグルマップの経路検索結果をご入力ください。
※根拠資料と相違ないかご確認ください。
 - 宿泊地 宿泊する場合はプルダウンでご選択ください。
※宿泊地によって補助金申請上限額が変わります。
- 補助対象経費
 - 宿泊費 領収書に記載されている宿泊費をご入力ください。
※役職によって補助金申請上限額が変わります。
 - 諸謝金(研修等開催の場合) 講師の講演時間(開催時間)と諸謝金の額をご入力ください。
※役職によって補助金申請上限額が変わります。
 - 車賃 入力した経路に応じて、車賃が反映されているかご確認ください。
※路程km×18円の関数が入っています。
片道8km未満は補助対象外のため0円になります。
 - 雑費 有料道路に係る費用をご入力ください。領収書と相違ないかご確認ください。
※日当は補助対象外です。
- 補助金申請額 ③で入力された金額が、役職により「(参考)宿泊費等」シート(国家公務員等の旅費に関する法律積算額)から上限金額が反映されているかご確認ください。
- 「旅行行程表及び旅費積算書A・B・C」シートの以下の金額の合計が、「報告書」シートの「3.研修、講演会等の参加に要した経費:旅費」の項目に反映されているかご確認ください。

補助対象経費	補助金申請額	自己負担額
参加費等	30,000円	27,000円
旅費	22,629円	17,429円
合計	52,629円	44,429円
- 根拠資料
 - 自家用車使用の経路書 グーグルマップのスクリーンショットをご貼付ください。
 - 自家用車使用に伴う雑費領収書 領収書をご貼付ください。

※**車使用**の場合のみ必須

研修、講演会等に使用した自家用車が補助対象事業者 所有のものであることの確約書

申請者

①

②

令和○年○月○日付けをもって交付申請した令和○年度被害者保護増進等事業費補助金（自動車事故被害者支援体制等整備事業（短期入院協力事業））の補助対象事業（利用促進等事務費（研修等経費）に係る事業）については、交付申請書に添付した研修等への開催報告書の記載内容のとおり、当院所有の自家用車を使用して、当該補助対象事業を実施したことを確約します。

- ① **申請者** 「報告書」シートで入力した申請者名が反映されているかご確認ください。
- ② **交付申請年月日(交付の申請日)**をご入力ください。
※○の箇所に数字をご入力ください。

研修等経費の申請様式入力方法

7シート目（参考）諸謝金・宿泊費等

※研修等への参加実績報告書(車使用の場合)、研修等開催実績報告書(車使用の場合)は8シート目です。

このシートは役職ごとの諸謝金、宿泊費、宿泊手当の参照資料です。

「報告書」シート内のプルダウンで選択する役職によって、諸謝金・宿泊費・宿泊手当の補助金申請額の上限が表中の金額になります。

さらに宿泊費は「積算書A・B・C」シート内のプルダウンで選択する宿泊地によって、補助金申請額の上限が表中の金額になります。

行政職	役職	分類	諸謝金	宿泊手当				北海道	青森県	岩手県	宮城県	秋田県	山形県	福島県	茨城県	栃木県	群馬県	埼玉県	千葉県	東京都
				夕朝なし	夕	朝	夕朝あり													
指定職	大学教授	④	8,700	2,400	1,600	1,600	800	18,000	15,000	13,000	14,000	15,000	14,000	11,000	15,000	14,000	14,000	27,000	24,000	27,000
	院長	②	10,200	2,400	1,600	1,600	800	18,000	15,000	13,000	14,000	15,000	14,000	11,000	15,000	14,000	14,000	27,000	24,000	27,000
	副院長	③	9,300	2,400	1,600	1,600	800	18,000	15,000	13,000	14,000	15,000	14,000	11,000	15,000	14,000	14,000	27,000	24,000	27,000
	理事長	①	11,500	2,400	1,600	1,600	800	18,000	15,000	13,000	14,000	15,000	14,000	11,000	15,000	14,000	14,000	27,000	24,000	27,000
	理事	②	10,200	2,400	1,600	1,600	800	18,000	15,000	13,000	14,000	15,000	14,000	11,000	15,000	14,000	14,000	27,000	24,000	27,000
	その他これらに準ずる者①	③	9,300	2,400	1,600	1,600	800	18,000	15,000	13,000	14,000	15,000	14,000	11,000	15,000	14,000	14,000	27,000	24,000	27,000
7級以上	大学准教授	⑥	7,000	2,400	1,600	1,600	800	13,000	11,000	9,000	10,000	11,000	10,000	8,000	11,000	10,000	10,000	19,000	17,000	19,000
	医師	⑤	7,900	2,400	1,600	1,600	800	13,000	11,000	9,000	10,000	11,000	10,000	8,000	11,000	10,000	10,000	19,000	17,000	19,000
	病棟長	⑤	7,900	2,400	1,600	1,600	800	13,000	11,000	9,000	10,000	11,000	10,000	8,000	11,000	10,000	10,000	19,000	17,000	19,000
	看護師長	⑤	7,900	2,400	1,600	1,600	800	13,000	11,000	9,000	10,000	11,000	10,000	8,000	11,000	10,000	10,000	19,000	17,000	19,000
	各種技師	⑥	7,000	2,400	1,600	1,600	800	13,000	11,000	9,000	10,000	11,000	10,000	8,000	11,000	10,000	10,000	19,000	17,000	19,000
	部長	⑤	7,900	2,400	1,600	1,600	800	13,000	11,000	9,000	10,000	11,000	10,000	8,000	11,000	10,000	10,000	19,000	17,000	19,000
	その他これらに準ずる者②	⑥	7,000	2,400	1,600	1,600	800	13,000	11,000	9,000	10,000	11,000	10,000	8,000	11,000	10,000	10,000	19,000	17,000	19,000
6級以下 3級以上	看護師	⑦	6,000	2,400	1,600	1,600	800	13,000	11,000	9,000	10,000	11,000	10,000	8,000	11,000	10,000	10,000	19,000	17,000	19,000
	各種療法士	⑦	6,000	2,400	1,600	1,600	800	13,000	11,000	9,000	10,000	11,000	10,000	8,000	11,000	10,000	10,000	19,000	17,000	19,000
	各種福祉士	⑦	6,000	2,400	1,600	1,600	800	13,000	11,000	9,000	10,000	11,000	10,000	8,000	11,000	10,000	10,000	19,000	17,000	19,000
	事務長	⑦	6,000	2,400	1,600	1,600	800	13,000	11,000	9,000	10,000	11,000	10,000	8,000	11,000	10,000	10,000	19,000	17,000	19,000
	係長（事務職）	⑧	5,700	2,400	1,600	1,600	800	13,000	11,000	9,000	10,000	11,000	10,000	8,000	11,000	10,000	10,000	19,000	17,000	19,000
	その他これらに準ずる者③	⑧	5,700	2,400	1,600	1,600	800	13,000	11,000	9,000	10,000	11,000	10,000	8,000	11,000	10,000	10,000	19,000	17,000	19,000
2級以下	ホームヘルパー	⑨	4,700	2,400	1,600	1,600	800	13,000	11,000	9,000	10,000	11,000	10,000	8,000	11,000	10,000	10,000	19,000	17,000	19,000
	生活支援員	⑨	4,700	2,400	1,600	1,600	800	13,000	11,000	9,000	10,000	11,000	10,000	8,000	11,000	10,000	10,000	19,000	17,000	19,000
	係員（事務職）	⑩	3,700	2,400	1,600	1,600	800	13,000	11,000	9,000	10,000	11,000	10,000	8,000	11,000	10,000	10,000	19,000	17,000	19,000
	その他これらに準ずる者④	⑪	2,700	2,400	1,600	1,600	800	13,000	11,000	9,000	10,000	11,000	10,000	8,000	11,000	10,000	10,000	19,000	17,000	19,000

研修の受講記録がわかる書類(i 参加)

研修の受講記録がわかる書類(研修等経費(i 参加))

喀痰吸引等研修修了証明書

氏 名 [redacted]

生 年 月 日 [redacted]

① 上記の者は、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）附則第6条に定める喀痰吸引等研修の次の研修課程を修了したことを証明する。

修了した課程 第3号研修

修了した行為 胃ろうによる経管栄養

対象者の氏名 [redacted]

② 令和5年8月1日

- ① 研修内容が申請内容と相違ないかをご確認ください。
- ② 研修の日程が補助対象期間内であるかをご確認ください。

【補 足】

■ 終了証明書や研修を当日受けたことがわかる書類をご提出ください。

根拠書類(研修等経費、広報活動費(ii 訪問))

研修等への参加者に対する旅費及び雑費の支給に関する事実を証する書類

経費精算書(例)

①

②

提出日：令和 6年 10月 21日

経費精算書

日付	支払い内容	金額	用途	備考
2024/10/11	〇〇〇研修	13,000	研修参加費	
2024/10/11	〇〇〇研修	1,360	交通費	〇〇駅～〇〇駅間 (往復)
2024/10/12	〇〇〇研修	1,360	交通費	〇〇駅～〇〇駅間 (往復)
合 計		15,720		

施設長

経 理

請求者
 所 属：
 氏 名： 田中 太郎

受領印

①経費精算書、出張命令簿や振込証明書等

※申請した費目すべてが記載されているかをご確認ください。

②支払い日の日程が補助対象期間内であるかをご確認ください。

【補 足】

■添付した資料の情報と参加実績報告書に記載された情報が一致しているかをご確認ください。

■旅費・交通費を申請する場合は、[P31](#)に記載された申請時に必要な証拠書類も併せてご確認ください。

根拠書類(研修等経費(ii開催))

講師に対する旅費及び雑費の支給に関する事実を証する書類

講師料領収書(例)

①②

領収書	
令和5年8月2日	
社会福祉法人〇〇会 重度訪問医療サービス〇〇〇〇 御中	
¥20,000 (税込)	
但し、8月1日研修会の講師料として 上記、正に領収いたしました。	
東京都〇区・・・ 鈴木 一郎	印

①請求書、領収書等

申請した費目すべてが確認できるものをご提出ください。

②支払日の日程が補助対象期間内であることをご確認ください。

【補 足】

■添付した資料の情報と開催実績報告書に記載された情報が一致しているかをご確認ください。

■旅費・交通費を申請する場合は、[P31](#)に記載された申請時に必要な証拠書類も併せてご確認ください。

広報活動費(ii 訪問)の申請様式入力方法

報告書(広報活動実績報告書)

広報活動実施報告書<公共交通機関を使用した場合>

1 事業者名 社会福祉法人国交会 自動車苑
代表者名 理事長 国土 太郎

② 1. 広報活動の概要

①訪問先の名称： 羽田空港

②訪問先の住所： 東京都大田区羽田空港3-3-2

③訪問日時：

令和6年10月11日(金)	13:00	～	16:00
令和6年10月12日(土)	9:00	～	15:00

④訪問者（役職、氏名）：

（役職）	大学教授	（氏名）	A
（役職）		（氏名）	
（役職）		（氏名）	

[illegible]

⑤ 広報活動を実施したことにより期待される短期入院利用促進の効果

2. 広報活動の旅行行程
別紙「行程表及び旅費積算書」のとおり

⑥ 3. 広報活動の参加に要した経費

補助対象経費	補助金申請額	自己負担額
38,434円	36,234円	2,200円

※積算方法は、別紙「行程表及び旅費積算書」とおり

- ①申請者名が他の提出書類と相違ないようにご入力ください。
- ②訪問先の名称・住所・日時が他の提出書類と相違ないようにご入力ください。
- ③役職をプルダウンでご選択ください。※役職と氏名が他の提出書類と相違ないかご確認ください。
- ④広報活動に用いた資料等を別途ご提出ください。
- ⑤内容が自動車事故被害者の支援に沿った内容をご入力ください。
- ⑥申請書類と該当項目の金額が一致しているかご確認ください。

※広報活動の参加に要した経費は「A・B・C」シートを入力することで該当箇所の合計金額が反映されます。
(「A・B・C」シートの入力方法についてはP33～34をご参照ください。)

広報活動費(ii 訪問)の申請様式入力方法

確約書(広報活動実績報告書 車使用の場合)

※**車使用**の場合のみ必須

広報訪問活動等に使用した自家用車が 補助対象事業者所有のものであることの確約書

申請者

印

②

令和○年○月○日付けをもって交付申請した 令和7年度被害者保護増進等事業費補助金（自動車事故被害者支援体制等整備事業（短期入院協力事業））の補助対象事業（利用促進等事務費（広報活動費）に係る事業）については、交付申請書に添付した広報活動実施報告書の記載内容のとおり、当院所有の自家用車を使用して、当該補助対象事業を実施したことを確約します。

- ① **申請者** 「報告書」シートで入力した申請者名が反映されているかご確認ください。
- ② **交付申請年月日(交付の申請日)**をご入力ください。
※○の箇所に数字をご入力ください。

短期入院プランの申請様式入力方法

計画表(短期入院の入院計画表)

短期入院の入院計画表（短期入院プラン）

【短期入院の入院計画表】

①	1. 協力病院名	社会医療法人国交会 自動車病院		
	2. 短期入院希望者	氏 名	短期入院される方	〇〇 〇〇
			(介護料受給資格認定番号)	XXX-XXXX-XXXXX (12桁の番号)
			介護されている方	〇〇 〇〇
	住 所	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
②	3. 短期入院相談受付日（初日）	令和6年6月1日(土)		
③	4. 協力病院における短期入院プラン作成に携わった者の役職及び氏名	① （役職）	医師	（氏名） 〇〇 〇〇 印
		② （役職）	看護師等	（氏名） 〇〇 〇〇 印
		③ （役職）	MSW等	（氏名） 〇〇 〇〇 印
②	5. 訪問日	令和6年6月1日(土)		
④	6. 訪問時間	午前	10:00	
⑤	7. 協力病院における短期入院に関する調整内容等	短期入院される方や介護されている方からのご希望内容、協力病院における短期入院中に実施する（実施することができる）サービス内容、短期入院期間中の1日毎のスケジュール等、短期入院を希望される方や介護されている方との調整内容等を具体的に記入してください。		
⑥	8. 入院計画表の作成者	（役職）	〇〇〇	（氏名） 〇〇 〇〇 印
②	9. 入院計画表手交(郵送)日	令和6年6月1日(土)		

- ①申請事業者名と相違ないようにご入力ください。
- ②年月日をすべてご入力ください。(202〇/〇/〇と入力)
- ③役職をプルダウンでご選択ください。※役職と氏名が他の提出書類と相違ないかご確認ください。
- ④プルダウンで「午前」または「午後」をご選択ください。
- ⑤調整内容等を具体的にご入力ください。
- ⑥役職と氏名をご入力ください。

【補 足】

- 必要箇所に押印したデータをご提出ください。
- ※上記対応が不可の場合は、Excelファイルのままご提出ください。

短期入院の入院計画表 (短期入院プラン) の作成に係る確約書

申請者

①

②

令和○年○月○日付けをもって交付申請した令和7年度被害者保護増進等事業費補助金（自動車事故被害者支援体制等整備事業（短期入院協力事業））の補助対象事業（利用促進等事務費（短期入院プラン作成費）に係る事業）については、交付申請書兼実績報告書に添付した「短期入院の入院計画表（短期入院プラン）」の記載内容のとおり、当院の短期入院を希望する者に対して、当施設の担当者による在宅家庭訪問、在宅療養生活等の把握、短期入院に関する希望者との事前調整、同プランの作成及び手交（郵送）等を確実に実施したことを確約します。

- ① **申請者** 「交付申請書兼実績報告書」で入力した申請事業者情報をご入力ください。
- ② **交付申請年月日(交付の申請日)**をご入力ください。
※○の箇所に数字をご入力ください。

その他

事前相談後に提出書類で変更があったもの(共通)

事前相談後に変更がある場合は、別途最新の情報が確認できる書類をご提出ください。

【補 足】

■変更後の修正内容について必ず事務局までお知らせください。

おわりに

以上が必要書類の書き方・確認ポイントとなります。

内容をご確認いただき、書類のご準備をお願いいたします。
ご不明な点等ございましたら、
下記事務局までお問い合わせいただきますようお願いいたします。

■事務局問い合わせ先（補助金に係る各種問い合わせは、下記事務局までお願いいたします。）
自動車事故被害者支援体制等整備事業事務局(短期入院協力事業)
電話番号 080-9182-5987
※電話受付時間 平日9:00～12:00、13:00～17:00まで
アドレス tankinyuin@koutsujiko-mlit.jp