

【最初にご記入ください】

基本情報

着色セルにご記入ください。

法人所在地	〇〇市〇〇〇〇町12-3
法人名	医療法人〇〇会
代表者職・氏名	理事長 □□ △△
機関(病院)郵便番号	〇〇〇-〇〇〇〇
機関(病院)所在地	〇〇市〇〇〇〇町15-4
機関名(病院名)	◇◇◇◇病院
補助金担当者 部署名	総務課
補助金担当者 職名	係長
補助金担当者 氏名	〇〇 〇〇
補助金担当者連絡先(電話番号)	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
補助金担当者連絡先(メールアドレス)	×××@mbox.pref.osaka.lg.jp
書類提出年月日(全てのシートに反映されます)	令和 〇〇年 △月 □日

☆交付申請の際は、下記書類を電子メールおよび郵送にて提出してください。

<「基本情報」・様式第3号・様式第3-2号・様式第3-3号・様式第3-4号・様式第3-5号・様式第3-6号・口座振替依頼書>

※郵送の際に同封してください。→<手当等支給の根拠書類(就業規則・単価表等)>

◆電子メール: 上記電子ファイルを下記提出先に送信してください。
ishi-g02@gbox.pref.osaka.lg.jp

◆郵送: 上記書類を、下記提出先に郵送してください。
〒540-8570 (府庁の個別郵便番号のため住所記載の必要なし)

大阪府知事様

住所又は所在地 〇〇市〇〇〇〇町12-3

氏名又は名称 医療法人〇〇会

理事長 □□ △△

（法人の場合にあっては、その名称及び代表者の職・氏名）

大阪府女性医師等就労環境改善事業補助金交付申請書（令和〇〇年度分）

大阪府女性医師等就労環境改善事業補助金を次のとおり受けたいので、大阪府補助金交付規則第4条第1項の規定により関係書類を添えて申請します。

補助申請額 2,390,000 円

補助金所要額調書	様式第3-2号
事業収支予定明細書（兼収支予算見込書(抄本)）	様式第3-3号
就業規則等（該当部分抜粋）	様式第3-4号
要件確認申立書	様式第3-5号
暴力団等審査情報	様式第3-6号
その他知事が必要と認める書類	

補助金所要額調書

医療機関名 ◇◇◇◇病院

担当者 ○○ ○○

連絡先 ○○-○○○○-○○○○

(単位：円)

事業区分	総事業費 A	寄附金 その他の 収入額 B	差引事業費 C=A-B	基準額 D	対象経費の 支出予定額 E	選定額 〔D又はEの うちいずれ か少ない額〕 F	補助基本額 〔C又はFの うちいずれ か少ない額〕 G	補助率	補助所要額 (千円未満切捨) G×1/2	備考
女性医師等就労環境改善事業	4,780,000	0	4,780,000	11,140,000	4,780,000	4,780,000	4,780,000	1 / 2	2,390,000	

医療機関名 ◇◇◇◇病院

(1) 支出

(単位:円)

基準額	対象経費の支出予定額		選定額
	支出内訳(区分別)	左記の積算根拠	
11,140,000	給与費	4,780,000	対象経費の支出予定額のうちいずれか少ない額
	常勤職員給与費	1,880,000	
	非常勤職員給与費	2,900,000	
	手当		
	賃金		
	報償費		
	旅費		
	需用費		
	消耗品費		
	印刷製本費		
	役務費		
	通信運搬費		
	雑役務費		
	使用料及び賃借料		
備品購入費			
図書購入費			
委託料 (上記経費に該当するもの)			
11,140,000	合計	4,780,000	4,780,000

1行に書ききれない場合は、行を増やしても構いません。
 その結果、様式が2ページになっても問題ありません。
 ○上段: 交付申請時までの実績に置き換えてください。
 ○下段: 交付申請時以降分は予定額を記入してください。

※算出根拠欄には、単価・人数・日数等を記載すること。
 ※取組内容の一部が他の補助事業と重複する場合は、他の補助金で計上している費用をこの事業の対象経費に含めないこと。
 ※委託を予定している場合は、契約書(案)及び契約金額の算出基礎となる資料を添付すること。

(2) 収入

区分	収入見込額	収入見込額の内訳
府補助金	2,390,000	選定額又は総事業費から寄付金及びその他の収入見込額を引いた額のうちいずれか少ない額 × 府補助率(1/2)
診療報酬等	2,390,000	
寄附金		
その他		
合計	4,780,000	

本書は、原本と相違ないことを証明する。

令和〇〇年△月□日

住所又は所在地 〇〇市〇〇〇〇町12-3

氏名又は名称 医療法人〇〇会

理事長 □□ △△

(法人の場合にあっては、その名称及び代表者の職・氏名)

就業規則等(該当部分抜粋)

医療機関名 ◇◇◇◇病院

根拠規定の名称	医療法人〇〇会 ◇◇◇◇病院 就業規則
<p>第〇条 勤務時間 勤務時間は、8時30分から17時15分までとする。 うち休憩時間は、……………</p> <p>2 出産・育児等の理由により短時間勤務を取得する場合は、……………</p> <p>第〇条 手当 ××手当 …………… ××手当 …………… 宿日直手当 宿直については、1勤務あたり常勤医師40,000円、非常勤医師50,000円とする。 日直については、……………</p>	

補助金の対象となる条文を記載してください。
対象となる規則(内規)等が制定されていない場合は不要です。

※交付申請時に就業規則等の改正が完了していない場合は、実績報告時に提出すること。
※別途、就業規則等の全体版を添付すること。

要件確認申立書

大阪府知事 様

私（当法人）は、大阪府補助金交付規則（以下「規則」という。）第4条第2項第3号の規定に基づき、大阪府女性医師等就労環境改善事業補助金にかかる交付申請を行うにあたり、下記の内容について申立てます。

記

※各項目を確認し、はい・いいえのどちらかを○で囲んでください。

申立事項		
1	暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第2号に規定する暴力団、同法第2条第6号に規定する暴力団員、大阪府暴力団排除条例第2条第4号に規定する暴力団密接関係者である。 ※「暴力団密接関係者」については、次の2～6も確認してください。	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
2	自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用するなどしている。	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
3	暴力団又は暴力団員に対して、資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的あるいは積極的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与している。	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
4	暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれを不当に利用するなどしている。	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
5	暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している。	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
6	（事業者においては、）次に掲げる者のうちに暴力団員又は上記2～5のいずれかに該当する者がいる。 ・事業者の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるか否かを問わず、当該事業者に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等以上の支配力を有するものと認められる者を含む。） ・支配人、本店长、支店长、営業所長、事務所長その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、営業所、事務所その他の組織（以下「営業所等」という。）の業務を統括する者 ・営業所等において、部長、課長、支店次長、副支店长、副所長その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、それらと同等以上の職にあるものであって、事業の利益に重大な影響を及ぼす業務について、一切の裁判外の行為をする権限を有し、又は当該営業所等の業務を統括する者の権限を代行し得る地位にある者 ・事実上事業者の経営に参加していると認められる者	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
7	法人にあっては罰金の刑、個人にあっては禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又はその執行を受けることがなくなった日から1年を経過しない者である。	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
8	公正取引委員会から私的独占の禁止及び公正取引の確保に関する法律第49条に規定する排除措置命令又は同法第62条第1項に規定する納付命令を受け、その必要な措置が完了した日又はその納付が完了した日から1年を経過しない者である。	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
9	規則第2条第2号イ～ハマまでのいずれかの該当の有無等に関して調査が必要となった場合には、大阪府が求める必要な情報又は資料を遅滞なく提出するとともに、その調査に協力し、調査の結果、該当することが判明した場合には、規則第15条に基づき、補助金の交付の決定の全部又は一部を取り消されても、何ら異議の申し立てを行いません。	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
10	間接補助事業者に当該補助事業の全部又は一部を行わせる場合には、当該間接補助事業者が上記各号のいずれかに該当することとなった場合又はいずれかに該当していたことが判明した場合にその旨を直ちに届出ます。	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
11	暴力団等審査情報を、大阪府暴力団排除条例第26条に基づき、大阪府警察本部に提供することに同意する。	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ

※ 「1」～「8」で「はい」に「○」を付けた場合及び「9」～「11」で「いいえ」に「○」を付けた場合は、補助金の支給を受けることはできません。

令和〇〇年△月□日

所在地 〇〇市〇〇〇〇町12-3

法人名 医療法人〇〇会

代表者名 理事長 □□ △△

(様式第3-6号)

暴力団等審査情報

大阪府補助金交付規則（以下「規則」という。）第4条第2項第3号の規定に基づき、大阪府女性医師等就労環境改善事業補助金にかかる交付申請を行うにあたり、規則第2条第2号イに該当しないことを審査するため、本書面を提出するとともに、大阪府暴力団排除条例第26条に基づき、府警察本部へ提供することに同意します。

なお、役員の変更があった場合は、直ちに本様式をもって報告します。

	氏名				性別	生年月日				住所 (所在地)
	かな(半角)		漢字			元号	年	月	日	
	姓	名	姓	名						
1	木村	タロウ	大阪	太郎	M	S	45	05	03	大阪府中央区大手前2丁目
2	木村	ハナコ	大阪	花子	F	S	55	03	12	大阪府中央区大手前2丁目
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

各項目記入にあたっての注意事項です。
ご参照の上、ご記入下さい。

※役員数に応じ、適宜、行を追加すること。

※役員の変更による報告の場合は、変更した者のみにつき記載すること。

※生年月日の元号は、明治は「M」、大正は「T」、昭和は「S」、平成は「H」と記載すること。

※生年月日は半角数字を用い、1年から9年については頭に「0」を付加（「01」～「09」）すること。

※性別は男性は「M」、女性は「F」と記載すること。

令和〇〇年△月□日

所在地 〇〇市〇〇〇〇町12-3

法人名 医療法人〇〇会

代表者名 理事長 □□ △△

令和〇〇年△月□日

口座振替依頼書

大阪府知事 様

法人所在地 〇〇市〇〇〇〇町12-3

法人名 医療法人〇〇会

依頼人氏名 理事長 □□ △△

施設名 ◇◇◇◇病院

大阪府女性医師等就労環境改善事業補助金につきましては、下記口座への振込みを依頼します

記

金融機関名	△△ 銀行（信用金庫・信用組合） 〇〇 支店（出張所）
預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他（ ）
口座番号	0000000
口座名義人カナ	材カ タカ
口座名義人	大阪 太郎