

医療コーディネーター・医療通訳者一覧

No	氏名	所属部署	役職	職種	配置期間区分	対応言語
例	医療 一郎	国際展開室	●長	コーディネーター	1年未満	英語、ポルトガル語
例	医療 二郎	国際展開室	●任	医療通訳	1年以上	英語、中国語
例	医療 三郎	国際展開室		医療通訳	配置見込	韓国語
例	医療 四郎	国際展開室		医療通訳	1年以上	ポルトガル語
1	〇〇 〇〇				1年未満・1年以上・配置見込	
2					1年未満・1年以上・配置見込	
3					1年未満・1年以上・配置見込	
4					1年未満・1年以上・配置見込	
5					1年未満・1年以上・配置見込	
6					1年未満・1年以上・配置見込	
7					1年未満・1年以上・配置見込	
8					1年未満・1年以上・配置見込	
9					1年未満・1年以上・配置見込	
10					1年未満・1年以上・配置見込	

- ・本事業の補助金の申請対象者が否かにかかわらず、外国人患者受入れにおける院内に配置しているすべての「医療コーディネーター・医療通訳者」を記載してください。
- ・「医療コーディネーター・医療通訳者一覧」と、別紙「様式A-2：外国人向け医療コーディネーター配置状況」および「様式A-3：医療通訳配置状況」との整合性を図って作成してください。
- ・所属部署は、医療通訳サービスを提供できる体制であることを「様式A-6：組織体制図」にて明確にしてください。
※他の業務と兼務している場合についても同様です。
- ・配置期間区分が「配置見込」となる場合でも、配置予定の所属部署名を記入してください。

補助金申請額一覧（概算）

No	氏名	補助金申請対象者	A	B	C	(A+B) × C
			賃金等所得 (基本給・各種手当)	法定福利費 (事業者負担分)	従事割合 ※1%~100%	合計額
			【平均月額×6.5ヵ月】	【平均月額×6.5ヵ月】		
例	医療 一郎	○	5,000,000	500,000	100%	5,500,000
例	医療 二郎				100%	0
例	医療 三郎	○	3,000,000	300,000	70%	2,310,000
例	医療 四郎				50%	0
1	〇〇 〇〇					0
2						0
3						0
4						0
5						0
6						0
7						0
8						0
9						0
10						0
<合計額>						0
<合計額の1/2>						0

- ・本事業の補助金申請対象者は「A：賃金等所得」「B：法定福利費」を記載してください。「C：従事割合」は補助金の申請対象者が否かにかかわらず、すべて記載してください。
 - ・上記の件費は、平成29年9月15日～平成30年3月31日までの6.5ヵ月間の概算とします。
 - ・時給計算により所得の平均月額等の算出が難しい場合は「直近月の実績×6.5ヵ月」の金額を概算値としてください。
 - ・「C：従事割合」には、専従の場合は100%、他の業務と兼務している場合は当該事業に係る割合を1%~99%の範囲で入力してください。
 - ・従事割合の算出根拠については、後日提出していただく予定です。
 - ・他事業にて補助金交付を受けている(受ける予定含む)人員に関わる件費は本事業の補助金対象外となります。
- ※本様式は、日本工業規格A4判で作成してください。