

**医療通訳者・外国人患者受入れ医療コーディネーター 補助金申請額一覧（概算）**

**< 1. 医療通訳者・外国人患者受入れ医療コーディネーター 配置人員一覧 >**

No	氏名	職種	所属部署	役職	配置（予定）日
例1	医療 一郎	医療コーディネーター	国際診療部	主任	2017年4月1日
例2	財団 花子	医療通訳者	国際診療部		2021年8月1日予定
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

**< 1. 医療通訳者・外国人患者受入れ医療コーディネーター 配置人員一覧 > の記入について**

- ・本事業の補助金申請対象者が否かにかかわらず、院内に配置している全ての医療通訳者・外国人患者受入れ医療コーディネーターを記載してください。
- ・配置人員については、<様式2> [医療通訳者配置状況] および<様式3> [外国人患者受入れ医療コーディネーター配置状況] との整合性をとってください。
- ・「職種」欄には、[医療通訳者] [医療コーディネーター] のいずれかをプルダウンより選択してください。
- ・配置予定の人員の場合は、「配置（予定）日」欄に配置予定日を記入してください。また、配置予定の所属部署を記入してください。

**< 2. 補助金申請額一覧（概算） >**

No	氏名	補助金申請対象者	①	②	③	④	(①+②+③) × ④
			基本給	諸手当	社会保険料	従事割合 ※1%~100%	合計額
			【平均月額 × 8.5ヵ月】				
例1	医療 一郎	○	1,500,000	300,000	250,000	100%	2,050,000
例2	財団 花子	○	1,100,000	110,000	165,000	70%	962,500
1							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>						【Ⅰ】	0

<b>【A】 本事業による補助の実績がない医療機関</b> 上限額 < 4,372千円 > * 【Ⅰ】 と左記上限額のいずれか少ない金額（千円未満切捨て）	【Ⅱ】	0
<b>【B】 本事業による補助の実績が1回以上ある医療機関</b> 上限額 < 2,186千円 > * 【Ⅰ】 と左記上限額のいずれか少ない金額（千円未満切捨て）	【Ⅲ】	0

\* 【A】 に該当する医療機関は【Ⅱ】の金額、【B】 に該当する医療機関は【Ⅲ】の金額が、補助金対象予定額（上限額）となります。

**< 2. 補助金申請額一覧（概算） > の記入について**

- ・本事業の補助金申請対象者は、「補助金申請対象者」欄に [○] を入力してください。（プルダウンより選択）
- ・本事業の補助金申請対象者の「①基本給」「②諸手当」「③社会保険料」を入力してください。
- ※上記①～③の金額は、事業実施期間（予定）となる [2021年7月16日～2022年3月31日] の8.5ヵ月間の合計額の概算としてください。
- ※時給計算により平均月額等の算出が難しい場合は [直近月の実績 × 8.5ヵ月] の金額を概算値としてください。
- ・「④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場合があります。
- ・他事業にて補助金を交付されている（交付予定含む）対象人員に係る人件費は本事業の補助金対象外となります。