

直接人件費支出対象者一覧表（概算）

病院名： _____

No	氏名	所属部署	役職	職種	配置期間区分
1	(例) 医療 二郎	国際展開室	●長	コーディネーター	1年未満・1年以上・配置見込
2	(例) 医療 三郎	国際展開室	●任	医療通訳	1年未満・1年以上・配置見込
3	(例) 医療 四郎	国際展開室		医療通訳	1年未満・1年以上・配置見込
4	(例) 医療 五郎	国際展開室		医療通訳	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
11					1年未満・1年以上・配置見込
12					1年未満・1年以上・配置見込

- ・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] 及び [様式A-3：医療通訳配置状況] との整合性を図ってください。
- ・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。

No	氏名	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×8.23ヵ月】	【平均月額×8.23ヵ月】		
1	(例) 医療 二郎	5,000,000	500,000	100%	5,500,000
2	(例) 医療 三郎	4,000,000	400,000	100%	4,400,000
3	(例) 医療 四郎	3,000,000	300,000	70%	2,310,000
4	(例) 医療 五郎	2,000,000	200,000	50%	1,100,000
5					0
6					0
7					0
8					0
9					0
10					0
11					0
12					0
<合計額>					13,310,000
<合計額の1/2>					6,655,000

- ・上記の人件費は、平成28年7月25日～平成29年3月31日までの8.23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×8.23ヵ月] の金額を概算値としてください。
- ・「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。

※本様式は、日本工業規格A4判で作成してください。