

1. 医療コーディネーター・医療通訳者一覧

■平成30年4月1日以降からの配置（人件費A）

No	氏名	所属部署	役職	職種	配置（予定）日	対応言語
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

■平成30年3月31日以前からの配置（人件費B）

No	氏名	所属部署	役職	職種	配置（予定）日	対応言語
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

- ・ 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。

2. 補助金申請額一覧（概算）

補助金申請額（人件費A + 人件費B） <上限2,186千円>	0
---------------------------------	---

■平成30年4月1日以降からの配置（人件費A）

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×3.5ヵ月】	【平均月額×3.5ヵ月】	【平均月額×3.5ヵ月】			
1							0	
2							0	
3							0	
4							0	
5							0	
6							0	
7							0	
8							0	
9							0	
10							0	
<小計額>								
<小計額の1/2>							I	0

人件費A <上限1,093千円>	* I と上限1,093千円のいずれか少ない金額 * 千円未満切捨て	0
------------------	---------------------------------------	---

■平成30年3月31日以前からの配置（人件費B）

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×3.5ヵ月】	【平均月額×3.5ヵ月】	【平均月額×3.5ヵ月】			
1							0	
2							0	
3							0	
4							0	
5							0	
6							0	
7							0	
8							0	
9							0	
10							0	
<合計額>								
<合計額の1/2>							II	0

人件費B <上限1,093千円>	* II と上限1,093千円のいずれか少ない金額 * 千円未満切捨て	0
------------------	--	---

- ・ 本事業の補助金申請対象者は「①：基本給」「②：諸手当」「③：社会保険料」を記載してください。
- ・ 「④：従事割合」は、補助金の申請対象者が否かに関わらず、すべて記載してください。
- ・ 上記の人件費は、事業実施期間（予定）〔平成30年12月15日～平成31年3月29日〕の3.5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×3.5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）人員に関わる人件費は本事業の補助金対象外となります。

記入例

病院名：

〇〇〇病院

1. 医療コーディネーター・医療通訳者一覧

■平成30年4月1日以降からの配置（人件費A）

No	氏名	所属部署	役職	職種	配置（予定）日	対応言語
1	医療 太郎	国際展開室	主任	医療コーディネーター	平成30年4月1日	英語、ポルトガル語
2	医療 次郎	国際展開室		医療通訳者	平成30年11月1日	韓国語
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

■平成30年3月31日以前からの配置（人件費B）

No	氏名	所属部署	役職	職種	配置（予定）日	対応言語
1	医療 花子	国際展開室	室長	医療コーディネーター	平成29年10月1日	英語、中国語
2	医療 キク	国際展開室		医療通訳者	平成28年4月1日	ポルトガル語
3	医療 レン	医事課		医療通訳者	平成29年4月1日	英語
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

- ・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。

記入例

病院名：

〇〇〇病院

2. 補助金申請額一覧（概算）

補助金申請額（人件費A + 人件費B） <上限2,186千円>	1,999,000
--	------------------

■平成30年4月1日以降からの配置（人件費A）

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×3.5ヵ月】	【平均月額×3.5ヵ月】	【平均月額×3.5ヵ月】		
1	医療 太郎	○	875,000	175,000	150,000	100%	1,200,000
2	医療 次郎	○	600,000	150,000	125,500	70%	612,850
3							0
4							0
5							0
6							0
7							0
8							0
9							0
10							0
<小計額>							1,812,850
<小計額の1/2>						I	906,425

人件費A <上限1,093千円>	* I と上限1,093千円のいずれか少ない金額 * 千円未満切捨て	906,000
-------------------------------	---------------------------------------	----------------

■平成30年3月31日以前からの配置（人件費B）

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×3.5ヵ月】	【平均月額×3.5ヵ月】	【平均月額×3.5ヵ月】		
1	医療 花子	○	875,000	175,000	150,000	100%	1,200,000
2	医療 キク	○	600,000	120,000	102,500	70%	575,750
3	医療 レン	○	600,000	150,000	122,200	50%	436,100
4							0
5							0
6							0
7							0
8							0
9							0
10							0
<合計額>							2,211,850
<合計額の1/2>						II	1,105,925

人件費B <上限1,093千円>	* II と上限1,093千円のいずれか少ない金額 * 千円未満切捨て	1,093,000
-------------------------------	--	------------------

- ・ 本事業の補助金申請対象者は「①：基本給」「②：諸手当」「③：社会保険料」を記載してください。
- ・ 「④：従事割合」は、補助金の申請対象者が否かに関わらず、すべて記載してください。
- ・ 上記の人件費は、事業実施期間（予定）〔平成30年12月15日～平成31年3月29日〕の3.5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×3.5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）人員に関わる人件費は本事業の補助金対象外となります。