

1. 医療コーディネーター・医療通訳者一覧

■平成30年3月31日以前からの配置

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)

■平成30年3月31日以前からの配置

No	氏名	補助金申請対象者	①	②	③	④	(①+②+③)×④	
			基本給 【平均月額×3.5ヵ月】	諸手当 【平均月額×3.5ヵ月】	社会保険料 【平均月額×3.5ヵ月】	従事割合 ※1%~100%	合計額	
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	

補助金申請額(人件費) <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
--------------------------------------	---------------------------------------	----------

- ・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： _____

1. 医療コーディネーター・医療通訳者一覧

■平成30年3月31日以前からの配置

No	氏名	所属部署	役職	職種	配置(予定)日	対応言語
1	医療 治太郎	国際展開室	室長	医療コーディネーター	平成28年4月1日	英語、中国語
2	医療 花美	国際展開室	主任	医療通訳者	平成29年4月1日	ポルトガル語
3	医療 マイク	医療連携室		医療通訳者	平成29年10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。

2. 補助金申請額一覧(概算)

■平成30年3月31日以前からの配置

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	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%~100%		
1	医療 治太郎	○	875,000	175,000	150,000	100%	1,200,000	
2	医療 花美	○	800,000	150,000	135,000	70%	759,500	
3	医療 マイク	○	600,000	100,000	112,000	50%	406,000	
4							0	
5							0	
6							0	
7							0	
8							0	
9							0	
10							0	
<合計額>								2,365,500
<合計額の1/2>						I		1,182,750

補助金申請額(人件費) <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	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。