

様式第 1 号（第 5 条関係）

赤字:記入例 青字:補足説明

令和 7 年 ○月 ○日

鳥取県知事 平井 伸治 様

住 所 鳥取市○○町○○123番地
申請者 氏 名 医療法人○○会 ○○○○クリニック
理事長 ○○ ○○
(団体にあつては、名称及び代表者の氏名)

令和 7 年度鳥取県新興感染症対応力強化事業補助金交付申請書

鳥取県新興感染症対応力強化事業補助金の交付を受けたいので、鳥取県補助金等交付規則第 5 条の規定により、下記のとおり交付申請します。

記

補助事業等の名称	鳥取県新興感染症対応力強化事業補助金	
算 定 基 準 額	金 5, 1 9 0, 5 0 0 円	← 様式第1-1号(F)選定額
交 付 申 請 額	金 5, 1 9 0, 0 0 0 円	← 様式第1-1号(G)補助所要額
添 付 書 類	鳥取県新興感染症対応力強化事業補助金事業計画書	

設備整備事業の場合

鳥取県新興感染症対応力強化事業補助金実施計画書

※様式第1－1号については、別紙→様式の順で記入すると、スムーズに作成いただけます。

(施設名) ○○クリニック
(単位：円)

区 分	総 事 業 費 (A) 円	寄付金 その他の 収入予定額 (B) 円	差 引 額 (A)－(B) ＝(C) 円	補助対象経費 支出予定額 (D) 円	基 準 額 (E) 円	選 定 額 (F) 円	補助所要額 (G) 円	受入済額 (H) 円	差引 過不足額 (H)－(G) ＝(I) 円	備 考
協定締結医療機関 施設整備事業										
							(G)補助所要額は(F)選定額(千円未満切捨て)	(H)受入済額は交付決定 前のため0円		
協定締結医療機関 設備整備事業	5,190,500	0	5,190,500	5,190,500	10,255,000	5,190,500	5,190,000	0	-5,190,000	内訳は 別紙の とおり
合 計	5,190,500	0	5,190,500	5,190,500	10,255,000	5,190,500	5,190,000	0	-5,190,000	

▼(A)(B)(D)(F)(G)の記入については注1～注5をご確認ください。

- ※本事業計画書には、別紙に定める個別の事業計画書を添付すること。
- (注1) A欄には、対象経費以外も含めた総事業費を記入すること。
- (注2) B欄には、鳥取県新興感染症対応力強化事業補助金以外の収入がある場合にその金額を記入すること。
- (注3) D欄には、A欄のうち対象経費に係る支出予定額を記入することとし、個別の事業計画書の金額（B）欄の計と一致させること。
- (注4) F欄には、個別の事業計画書の選定額を記入すること。
- (注5) G欄には、F欄（1,000円未満の端数がある場合はこれを切り捨てた額）の額を記入すること。

【他の補助金の活用の有無について】
「有」、「無」のいずれかに○をし、「有」の場合は、下欄についても記入すること。

【 有 ・ 無 】

①活用する補助金名	
②事 業 内 容	
③当該補助金の所管部署（団体）名	
④所管部署（団体）連絡先	（ ） —

【消費税の取り扱い等】

次の（１）（２）について、当てはまるものに○をすること。

（１） 申請額について
消費税及び地方消費税を （○）含む （ ） 含まない

（２） 消費税の取り扱い

（ ） 一般課税事業者 （ ） 簡易課税事業者 （ ） 免税事業者 （ ） 地方公共団体 （ ） 特定収入割合が５％を超えている公益法人等 （○） 仕入控除税額が明らかでない一般課税事業者

設備整備事業計画（実績報告）書

(施設名) 〇〇〇〇クリニック

(2) 協定締結医療機関設備整備事業

品 目	基 準 額			対象経費支出予定（実支出）額				選定額 (A) か (B) の いずれか低い額
	数量	単 価	金 額 (A)	規格 (型式)	数量	単 価	金 額 (B)	
PCR 検査装置 HEPA フィルター付き空気 清浄機	1	円 9,350,000	円 9,350,000	(メーカー、型番 を入力)	1	円 4,500,000	円 4,500,000	円 4,500,000
			905,000		1	690,500	690,500	690,500
計		10,255,000	10,255,000			5,190,500	5,190,500	5,190,500

【基準額】
補助金要綱別表「5 基準額」の欄の単価を参照のうえ算定してください。
(計算例) 発熱外来に係る医療措置協定を締結しており、PCR検査装置1
台・空気清浄機1台を購入する場合
9,350千円(PCR検査装置の基準単価×1台)+905千円(空気清浄機の
1施設当たりの基準額)=10,255千円(基準額)

【対象経費支出予定(実支出)額】
見積書等を参考に、購入予定の機器
等の情報を記入してください。

様式第2号（第5条、第8条関係）

鳥取県新興感染症対応力強化事業収支予算（決算）書

1 収入の部

（単位：円）

区 分	予算額 (交付決定額)	決算額	差引増減	備 考
県補助金	5,190,000	← 様式第1-1号(G)補助所要額		
自己財源	500	← 様式第1-1号(F)選定額-(G)補助所要額		
その他				
合 計	5,190,500			

※ 決算時（実績報告時）の予算額欄は交付決定額を記載すること。

※ その他に金額を記載する場合、備考欄にその内容を記載すること。

2 支出の部

（単位：円）

区 分	予算額 (交付決定額)	決算額	差引増減	備 考
PCR検査装置	4,500,000	} 様式第1-1号別紙を参考に入力		
HEPAフィルタ 一付き空気清 浄機	690,500			
その他				
合 計	5,190,500			

※ 決算時（実績報告時）の予算額欄は交付決定額を記載すること。

※ その他に金額を記載する場合、備考欄にその内容を記載すること。