

別表（第2条関係）

補助事業名	聴覚検査機器購入支援事業		
補助事業の目的	産科医療機関等に対し自動ABRの購入支援を実施することで、新生児聴覚検査の体制を整備し、自動ABRの受検率の向上を図る。		
補助事業の対象となる者	産科医療機関等		
補助事業の対象となる経費	聴覚検査機器（自動ABR）を所有していない産科医療機関等が、聴覚検査機器（自動ABR）を購入する経費であって、知事が必要と認める経費。		
補助率	1/2		
補助金の額	<p>補助金の交付額は次により算出するものとする。 ただし、補助金の交付は、予算の範囲内で知事が必要と認めた額とする。</p> <p>(1) 次の表に定める基準額と対象経費の実支出額とを比較して少ない方の額を選定する。</p> <p>(2) (1)により選定された額と、総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額とを比較して、少ない方の額を補助額とする（算出された額に1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする）。</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">基準額</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">3,600 千円</td> </tr> </table>	基準額	3,600 千円
基準額	3,600 千円		
適用除外する条項	—		
その他	補助の対象となる期間の始期は、当該年度の4月1日とする。		

別に定める事項

関係条項	内 容
第3条	(添付書類) 所要額調書(別紙(1))、所要額明細書(別紙(2))、見積書の写し等
	(指定期日) 別途通知する日
第7条第1項	(軽微な経費配分の変更) 補助金額に増額が生じない経費の変更とする。
	(軽微な事業内容の変更) 事業の目的、効果に影響を及ぼさない範囲の変更を行う場合
	(添付書類) 第3条の添付書類に準じる
	(指定期日) 別に指定する日
第9条第1項	(報告事項等) 必要あるときは別途通知する。
第11条	(添付書類) 精算書(別紙(3))、実績額明細書(別紙(4))、支出明細書(別紙(5)) 又は領収書の写し、機器設置後の写真等
	(指定期日) 事業完了後30日以内又は翌年度の4月10日のいずれか早い日
第19条第1項	(処分制限期間) 補助事業等により取得し、又は効用の増加した財産の処分制限期間(平成20年7月11日厚生労働省告示第384号)に基づくものとする。ただし、単価30万円以上とする。

別紙(1)

聴覚検査機器購入支援事業 所要額調書

区分	総事業費 (A)	寄附金その他の 収入額(B)	差引事業費 (A)-(B) =(C)	対象経費の 支出予定額 (D)	医療機関名			
					基準額 (E)	選定額 (F)	県費補助基本額 (G)	県費補助所要額 (G)×1/2 =(H)
聴覚検査機器購入 支援事業	円 0	円	円 0	円 0	円 0	円 0	円 0	円 0

- (注) 1 A、D欄は、別紙(2)の対象経費支出予定額の合計額を記入すること。
 2 E欄は、別紙(2)の基準額の合計額を記入すること。
 3 F欄は、別紙(2)の選定額の合計額を記入すること。
 4 G欄は、C欄とF欄を比較して少ない方の額を記入すること。
 5 H欄は、G欄に補助率を乗じて得た額(1,000円未満は切り捨てる。)を記入すること。

聴覚検査機器購入支援事業 所要額明細

医療機関名

0

(円)

設備名称	形式及び規格	数量	単価	対象経費支出予定額 (A)	基準額(数量分) (B)	選定額 (A,Bの低い額)	県費補助 基本額	県費補助 所要額
自動ABR(自動聴性脳幹反応)				0	0	0	/	/
合計額				0	0	0	0	0

※見積書の写し等を添付願います。

別 記

収 支 予 算 書

1 収入の部

科 目	予 算 額	摘 要
県補助金収入	0 円	
寄付金その他収入	0 円	
自己資金	0 円	
	円	
計	0 円	

2 支出の部

科 目	予 算 額	摘 要
設備購入費等	0 円	
	0 円	
	円	
	円	
計	0 円	

(注) 収支の計は、それぞれ一致する。

別紙 (3)

聴覚検査機器購入支援事業 補助金精算書

区 分	総事業費 (A)	寄附金 その他の 収入額 (B)	差引事業費 (A)-(B) =(C)	対象経費の 支出済額 (D)	基準額 (E)	選定額 (F)	医療機関名		県費補助 所要額 (G)×1/2 =(H)	県費交付 決定額 (I)	県費補助 受入額 (J)	差引 (H)-(J) =(K)
								0				
	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
聴覚検査機器購入 支援事業	0		0	0	0	0	0	0	0		0	0

- (注) 1 A、D欄は、別紙(4)の対象経費支出済額の合計額を記入すること。
 2 E欄は、別紙(4)の基準額の合計額を記入すること。
 3 F欄は、別紙(4)の選定額の合計額を記入すること。
 4 G欄は、C欄とF欄を比較して少ない方の額を記入すること。
 5 H欄は、G欄に補助率を乗じて得た額(1,000円未満は切り捨てる。)を記入すること。

聴覚検査機器購入支援事業 補助金実績額明細書

医療機関名

0

(円)

設備名称	形式及び規格	数量	単価	対象経費支出済額 (A)	基準額(数量分) (B)	選定額 (A,Bの低い額)	県費補助 基本額	県費補助 所要額
自動ABR(自動聴性脳幹反応)				0	0	0	/	/
合計額				0	0	0	0	0

※ 支出明細書(別紙(5))又は領収書の写し、機器設置後の写真等を添付願います。

別 記

収 支 決 算 書

1 収入の部

科 目	決 算 額	摘 要
県補助金収入	(0) 円 0	
寄付金その他収入	(0) 円 0	
自己資金	(0) 円 0	
	円	
計	(0) 円 0	

2 支出の部

科 目	決 算 額	摘 要
設備購入費等	(0) 円 0	
	円	
	円	
	円	
計	(0) 円 0	

(注) 収支の計は、それぞれ一致する。