

別紙1（事業実施計画書）

記載例

事業名	佐賀県臨床調査個人票電子化等推進事業
事業完了予定日	令和6年3月×日
事業実施目的	(例) 国の事業に沿って、臨床調査個人票の円滑なデータ登録を行うとともに関係者の事務負担軽減を図る
事業内容	(例) ・難病データベースに接続するため（臨床調査個人票のオンライン登録を実施するため）に必要なパソコンを調達する ・院内システムのデータを、難病データベースに取り込める形式で出力できるようにするための、院内システム改修を行う

【医療機関基本情報記載欄】

医療機関所在地	〒 XXX - XXXX 佐賀県〇〇市〇〇町〇〇番地		
医療機関名称	△△医院		
保険医療機関コード	41 1	9999999	
在籍する （協力）難病指定医 ※1名のみ記載	氏名	▲▲ ▲▲	
	指定医番号	41 S	1234567
担当部署	事務部		
担当者氏名	■ ■ ■ ■		
連絡先（電話）	XXXX-XX-XXXX		
連絡先（メール）	abc-clinic.@~.jp		

色付きのセルは、指定医番号のうち該当するアルファベットをプルダウンから選択

別紙2 (所要額調書)

記載例

・ 所要額内訳

(単位：円)

総事業費	寄付金 その他の 収入予定額	差引額 (A)-(B))	基準額	対象経費の 支出予定額	選定額 (D), (E)の いずれか少ない額	補助基本額 (C), (F)の いずれか少ない額	補助所要額 (G)×1/2
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)
120,000	0	120,000	100,000	120,000	100,000	100,000	50,000

(注) 色付きのセルは自動計算のため入力不要。

・ 支出予定額内訳

(単位：円)

区分	支出予定額	積算内訳
機器購入費 パソコン購入	120,000	120,000円×1台
改修費		
その他		

別紙3 (調達予定パソコン要件確認書)

記載例

パソコンを調達予定の場合、調達予定の物品及びその使用環境について、以下のチェック内容の該当する方にチェック☑を入れてください。

項番	項目	チェック内容 (要件)	チェック欄	
1	メモリ容量	8 GB以上	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	空き容量	40GB以上	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	利用可能なOS	次のいずれかがインストールされている ・ Windows10 ・ Windows11 ・ Mac OS (Safari最新版)	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	対応ブラウザ	次のいずれかがインストールされている ・ Microsoft Edge ・ Google Chrome ・ Safari	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	必要なソフトウェア	以下のソフトウェアがインストールされている ・ Acrobat Reader ・ Excel ・ VPN用Clientソフト(※)	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	ディスプレイ解像度	以下の解像度を満たす 最低1280×1024px、(推奨1920×1080px)	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	プリンタ要件	A4での印刷が可能なプリンタを利用できる	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	ネットワーク要件	以下のいずれも満たす ・ インターネット接続(https通信)が可能 ・ VPN用Clientソフト(※)を利用し、外部と通信が可能	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

(※)VPN用Clientソフトはダウンロードサイト経由で入手可能

《注意》

- ・ チェック欄の全ての項目が「☑はい」とならない場合は、本補助金の申請は出来ません。
- ・ がん登録オンラインシステム及びピカピカリンク(オンデマンドVPN環境)で使用しているPC端末は、本補助事業で購入したか否かによらず、臨床調査個人票のオンライン登録で使用する事は出来ません。

別紙4 (収支予算(見込)書抄本)

記載例

1 収入の部 (単位:円)

項目	金額	備考
県補助金	50,000	佐賀県臨床調査個人票電子化等推進事業補助金
自己資金	70,000	
借入金		
その他		
合計	120,000	

2 支出の部 (単位:円)

項目	金額	備考
機器購入費	120,000	パソコン購入
改修費		
その他		
合計	120,000	

上記のとおり相違ありません。

令和 6年 2月 ×日

住所 佐賀県〇〇市〇〇町〇〇番地

法人等名称 医療法人△△

代表者職、氏名 理事長 □□ □□

誓 約 書

私は、下記の事項について誓約します。
なお、県が必要な場合には、佐賀県警察本部に照会することについて承諾します。
また、照会で確認された情報は、今後、私が県と行う他の契約等における身分確認に利用することに同意します。

記

- 自己又は自社の役員等が、次のいずれにも該当する者ではありません。
 - 暴力団(暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。)
 - 暴力団員(同法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。)
 - 暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者
 - 自己、自社若しくは第三者の不正な利益を図る目的又は第三者に損害を与える目的をもって暴力団又は暴力団員を利用している者
 - 暴力団又は暴力団員に対して資金等を提供し、又は便宜を供与する等、直接的又は積極的に暴力団の維持運営に協力し、又は関与している者
 - 暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者
 - 暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれらを利用している者
- 1の(2)から(7)までに掲げる者が、その経営に実質的に関与している法人その他の団体又は個人ではありません。

令和 6 年 2 月 × 日

(収支等命令者) 様

[法人、団体にあつては事務所所在地]

住 所 佐賀県〇〇市〇〇町〇〇番地

[法人、団体にあつては法人・団体名、代表者名]

(ふりがな) いりょうほうじん りじちょう

氏 名 医療法人△△ 理事長 □□ □□

生 年 月 日 (明治・大正・昭和・平成) ◇◇年 ◇月 ◇日