

## 大館市クリニックスタートアップ支援事業補助金交付要綱

### （趣旨）

第1条 この要綱は、地域医療の充実を図るため、市内に診療所を開設した医師等に対し予算の範囲内において大館市クリニックスタートアップ支援事業補助金（以下「補助金」という。）交付することに関し、大館市補助金等の適正に関する規則（以下「規則」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

### （定義）

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 診療所 医療法（昭和23年法律第205号。以下「法」という。）第1条の5第2項に規定する診療所をいう。
- (2) 医師等 医師（歯科医師を除く）、医療法人その他診療所を開設することができる法人（法第31条に規定する公的医療機関の開設者を除く。）をいう。
- (3) 開設 法第8条又は医療法施行令（昭和23年政令第326号）第4条の2第1項に基づき新たに診療所の開設（市内移転による開設は除く）を届け出をいう。

### （補助対象者）

第3条 補助金の交付の対象となる者は、次に定める条件をいずれも満たす医師等とする。

- (1) 市内に診療所を開設した後、継続して12年以上診療する見込みの者
- (2) 診療所開設時点において、一般社団法人大館北秋田医師会に加入し、将来にわたり積極的に地域医療に貢献しようとする者
- (3) 大館市休日夜間急患センター等市が実施する事業に積極的に協力する者
- (5) 診療所開設時点において、大館市内に住所を有する見込みの者
- (6) 市税等に未納のない者
- (7) 過去にこの補助金の交付を受けていない者

### （補助対象経費）

第4条 補助金の交付の対象となる経費（以下「補助対象経費」という。）は別表のとおりとし、次のいずれにも該当するものとする。

- (1) 第6条第2項に規定する事業承認日以降に発注し、交付申請を行う日までに支払いを完了したもの
  - (2) 1件当たりの取得単価が100万円以上のもの
- 2 前項の規定にかかわらず、国県その他の公的機関の補助制度を併用する場合は、その経費を補助対象経費から除くものとする。
- 3 消費税及び地方消費税は、補助対象経費から除くものとする。

(補助金額等)

第5条 補助金の額は、補助対象経費合計額の2分の1以内の額とし、補助上限額は5,000万円とする。

2 前項の規定にかかわらず、大館市空家台帳に登録されている家屋を取得、改修または解体した場合の補助金の額は、その補助対象経費合計額の3分の2以内の額とし、5,000万円を補助上限額とする。

3 前2項に定める補助金の額に1,000円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。

(事業の承認)

第6条 補助金の交付を受けようとする医師等(以下「申請者」という。)は、工事に着手する年度の前年度までにクリニックスタートアップ支援事業承認申請書(様式第1号)に次の書類を添えて、市長に提出し、その承認を受けなければならない。ただし、令和6年9月30日までにクリニックスタートアップ支援事業承認申請書を提出した場合に限り、令和6年度の補助対象事業とする。

(1) 診療所を開設する医師の医師免許を証する書面の写し又は医療法人の設立許可を証する書面の写し。

(2) 開設計画書(様式第2号)

(3) 補助対象経費見積書(様式第3号)

(4) 診療所に係る図面の写し

(5) 空家を取得、改修又は解体する場合、大館市の空家証明書の写し

2 市長は、前項規定による申請を受理したときは、当該申請の内容について審査の上、事業承認通知書(様式第4号)又は事業(変更)不承認通知書(様式第5号)により結果を通知するものとする。なお、事業の承認に際し、市長は、必要に応じて条件を付することができる。

3 前項の承認に係る標準処理期間は、原則として申請書を受理した日から14日間とする。

(事業内容の変更等)

第7条 前条の規定により事業の承認を受けた申請者は、事業内容の変更(市長が認める軽微な変更を除く)又は事業の中止をしようとするときは、あらかじめクリニックスタートアップ支援事業変更承認申請書(様式第1-1号)に次の書類を添えて、市長に提出し、その承認を受けなければならない。

(1) 開設計画書(様式第2号)

(2) 補助対象経費見積書(様式第3号)

2 市長は、前項の申請を受理したときは、当該申請の内容について審査の上、事業変更承認通知書(様式第4-1号)又は事業変更不承認通知書(様式第5号)により結果を通知するものとする。なお、事業の変更承認に際し、市長は、必要に応じて条件を付することができる。

（交付申請及び実績報告）

第8条 申請者は、開設後2か月以内に、クリニックスタートアップ支援事業補助金交付申請書兼実績報告書（様式第6号）に次に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。

- (1) 事業承認通知書及び事業変更承認通知写し
- (2) 診療を開始したことを証する書類
- (3) 補助対象経費内訳書（様式第7号）
- (4) 補助対象経費に係る支出であることを証する領収書等の写し
- (5) 補助対象経費に係る契約書等又はこれに相当する書類
- (6) 土地及び建物の登記事項証明書
- (7) 取得、改修又は解体した空家に係る市の空家証明書
- (8) 診療所の職員名簿（医師を含む）
- (9) 市税の未納がないことを証する書類（法人の場合、代表者に係る書類。）
- (10) 住民票（法人にあっては代表者のもの。県外から転入して診療所を開設したもののにおいては、前住所地及び転入日がわかるもの）
- (11) 法人を設立して診療所を開設したものは、履歴事項証明書
- (12) 国等の創業補助金等の交付手続きを行ったものにあっては、その補助金交付の可否がわかる書類
- (13) その他市長が必要と認める書類等

（補助金の交付決定等）

第9条 市長は、前条の規定による申請書の提出があったときは、申請書類の審査及び補助対象となった財産の現地確認を行ったうえで、補助金の交付又は却下の決定を速やかに行い、クリニックスタートアップ支援事業補助金交付決定通知書（様式第8号）又はクリニックスタートアップ支援事業補助金却下通知書（様式第9号）により通知するものとする。

（補助金の請求）

第10条 前条に規定する交付決定通知書を受けた申請者（以下「補助事業者」という。）は、速やかに補助金を請求するものとする。

（財産処分の制限）

第11条 補助事業者は、補助対象となった財産を、市長の承認を受けずに補助金の交付の目的に反して使用し、譲渡し、貸し付けし、担保に供し、取壊し、又は廃棄してはならない。ただし、取得後12年経過した場合においては、この限りでない。

（補助金の経理等）

第12条 補助事業者は、補助金に係る経理についての収支の事実を明確にした証拠書類を整理し、かつ、これらの書類を補助金の交付を受けた日の属する会計年度の

終了後12年間保存しなければならない。

（補助金の返還）

第13条 市長は、補助事業者が次の各号のいずれかに該当する場合は、補助金の交付の決定の全部又は一部を取り消し、その取り消しに係る部分について既に補助金が交付されているときは、期限を定めて返還を命ずることができる。この場合において、返還を求める額は、月割りにより計算するものとし、100円未満の端数があるときは、これを切り捨てるものとする。

- (1) 前条の規定に反し、補助対象となった財産等を目的に反して使用等したとき。
- (2) 提出書類の記載事項に虚偽があるとき。
- (3) 補助事業の施行方法が不適正であるとき。
- (4) 前各号に掲げるもののほか、この要綱の規定又は交付の条件に違反したとき。

2 補助事業者が、前項の規定により補助金の返還を命ぜられ、これを納期日までに納付しなかったときは、納期日の翌日から納付の日までの日数に応じ、延滞金を納付しなければならない。

（調査等）

第14条 市長は、補助金に係る予算の執行の適正を期するため必要があると認めるときは、補助事業者に報告をさせ、又は職員をして帳簿書類その他の物件を調査させることができる。

（報告）

第15条 補助事業者は、事業年度終了から12年間、市長から前条の規定により事業の状況について報告を求められたときは、これを報告しなければならない。また、補助金の交付決定を受けた日から12年以内において、次のいずれかを行おうとする場合、その他、届け出が必要と判断される事項が生じたときは、事前に事業状況変更報告書（様式第10号）を市長に提出しなければならない。

- (1) 診療所を移転
- (2) 診療所の名称の変更（法人成りを含む）
- (3) 診療所の休止または診療所の閉鎖（市外への移転を含む）
- (4) 診療所の代表者の変更や第三者への継承
- (5) 医療法人登記事項の変更

（その他）

第16条 この要綱に定めるもののほか、補助金の交付に関し必要な事項は市長が別に定めるものとする。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

別表（第 5 条関係）

| 補助対象経費                                                                                                                                                 | 補助率                                                                                | 補助上限額           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <p>診療所の開設にかかる次の経費<br/>（診療用に供する部分以外を除く）</p> <p>(1) 土地取得費<br/>(2) 建物建設費<br/>(3) 建物取得費※<br/>(4) 建物の改修費又は解体費※<br/>(5) 医療機器購入費<br/>(6) その他診療に必要な設備等の取得費</p> | <p>補助対象経費の 2 分の 1 以内</p> <p>※大館市に空家登録されている建物を取得・改修・解体した場合は、その補助対象経費の 3 分の 2 以内</p> | <p>5,000 万円</p> |

年 月 日

大館市長 様

住 所

氏 名

（電話番号 — — ）

（E-mail ）

### クリニックスタートアップ支援事業承認申請書

次のとおり補助対象事業の承認を受けたいので、大館市クリニックスタートアップ支援事業補助金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

#### 記

1. 開設しようとする診療所名 \_\_\_\_\_
2. 開設しようとする診療科目 \_\_\_\_\_
3. 開設しようとする場所 \_\_\_\_\_
4. 開設予定の時期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 頃
5. 個人事業・医療法人設立の別 \_\_\_\_\_ 個人事業 ・ \_\_\_\_\_ 医療法人設立  
（該当する箇所に○印）
6. 添付書類
  - ① 診療所を開設する医師の医師免許を証する書面の写し、または、医療法人の開設許可を証する書面の写し。
  - ② 開設計画書（様式第2号）
  - ③ 補助対象経費見積書（様式第3号）

年 月 日

大館市長 様

住 所  
氏 名

（電話番号 — — ）

（E-mail ）

## クリニックスタートアップ支援事業変更承認申請書

年 月 日付で事業承認を受けました開設計画について、次のとおり  
事業計画を変更したいので、関係書類を添えて申請します。

### 記

1. 変更理由

2. 開設しようとする診療科目

\_\_\_\_\_

3. 開設しようとする場所

\_\_\_\_\_

4. 開設予定の時期

年 月 頃

5. 個人事業・医療法人設立の別  
（該当する箇所に○印）

個人事業 ・ 医療法人設立

6. 添付書類

- ① 開設計画書（様式第2号）
- ② 補助対象経費見積書（様式第3号）

開設計画書

1. 開設者(代表者)について

|        |  |      |       |     |  |
|--------|--|------|-------|-----|--|
| 氏 名    |  | 生年月日 | 年 月 日 | 性別  |  |
| 住 所    |  |      | 電話番号  | — — |  |
| E-mail |  |      |       |     |  |

2. 医師資格等

|      |                             |
|------|-----------------------------|
| 医 師  | 資格登録番号( ) 年 月 日登録           |
| 医療法人 | 法人名( )                      |
|      | 設立許可日( 年 月 日)、設立登記日( 年 月 日) |

3. 開設者(代表者)の略歴

|                                           |  |
|-------------------------------------------|--|
| 勤務した病院(診療所)名、所属(診療科)名、役職等について、古い順から簡単に記載。 |  |
| 年 月 ~                                     |  |
| 年 月 ~                                     |  |
| 年 月 ~                                     |  |
| 年 月 ~                                     |  |
| 年 月 ~                                     |  |
| 年 月 ~                                     |  |
| 年 月 ~                                     |  |
| 年 月 ~                                     |  |

4. 開設予定の診療科目等について

|                                           |            |          |
|-------------------------------------------|------------|----------|
| 開設予定の診療科目<br><br>(該当箇所に○印の<br>うえ、必要により加筆) | 1. 内科 ( )  |          |
|                                           | 2. 小児科     | 3. 外科    |
|                                           | 4. 整形外科    | 5. 泌尿器科  |
|                                           | 6. 眼科      | 7. 耳鼻咽喉科 |
|                                           | 8. その他 ( ) |          |
|                                           |            |          |
|                                           |            |          |
|                                           |            |          |

5. 開設予定の診療所の図面の写し(別添)

6. 空家を取得(改修・解体)する場合、大館市の空家証明書の写し(別添)

7. 誓約事項

- ☐ 私は市内に診療所を開設した後、継続して12年以上診療する意思があります
- ☐ 私は(一社)大館北秋田医師会に加入し、将来にわたり積極的に地域医療に貢献する意思があります
- ☐ 私は大館市休日夜間急患センター等市が実施する事業に積極的に協力する意思があります



補 助 対 象 経 費 見 積 書

| 経費区分 | 支出予定の項目又は品名（型式・用途など） | 金 額 |
|------|----------------------|-----|
|      | (1)                  | 円   |
|      | (2)                  | 円   |
|      | (3)                  | 円   |
|      | (4)                  | 円   |
|      | (5)                  | 円   |
|      | (6)                  | 円   |
|      | (7)                  | 円   |
|      | (8)                  | 円   |
|      | (9)                  | 円   |
|      | (10)                 | 円   |
|      | (11)                 | 円   |
|      | (12)                 | 円   |
|      | (13)                 | 円   |
|      | (14)                 | 円   |
|      | (15)                 | 円   |
|      | (16)                 | 円   |
|      | (17)                 | 円   |
|      | (18)                 | 円   |
|      | (19)                 | 円   |
|      | (20)                 | 円   |
| 合 計  |                      | 円   |

※上記には単価100万円以上のもの（消費税及び地方消費税を含まない。）を計上し、それぞれに見積書（写）等を添付すること。

様式第4号（第6条関係）

健 収 第                      号  
年      月      日

住所

氏名

様

大館市長

印

# 事業承認通知書

年 月 日付で承認申請があった開設計画は、大館市クリニック  
スタートアップ支援事業補助金交付要綱の趣旨を満たしておりますので、補助対象  
事業として承認します。

記

- ## 1. 開設しようとする診療科目

- ## 2. 開設しようとする場所

- ### 3. 開設予定の時期

年 月

- #### 4. 交付予定額

円以内

- ## 5. その他



3. 交付予定額は 円以内とする。

健 收 第                      号  
年      月      日

住所

氏名

様

大館市長



事業（変更）不承認通知書

年 月 日付で（変更）承認申請があった開設計画は、大館市クリニックスタートアップ支援事業交付要綱の趣旨を満たしていることが認められませんでしたので、補助対象事業不承認とします。

記

## 1. 不承認とした理由

\_\_\_\_\_

年 月 日

大館市長 様

住 所  
氏 名  
（電話番号 — — ）

クリニックスタートアップ支援事業補助金交付申請書兼実績報告書

次のとおり補助金の交付を受けたいので、大館市クリニックスタートアップ支援事業補助金交付要綱第 8 条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1. 開設した診療科目  
(該当する項目に○印)

1. 内科 ( )

2. 小児科

3. 外科

4. 整形外科

5. 泌尿器科

6. 眼科

7. 耳鼻咽喉科

8. その他 ( )
2. 開設した診療所名
3. 補助対象経費の総額

円 (A)

《 別紙、補助対象経費内訳書のとおり 》
4. 国等の補助金交付決定額

円 (B)
5. 補助金の交付申請額

円 (B) - (A)

《 千円未満切り捨て 》

- 【 添付書類 】
- ☐ (1) 事業承認通知書及び事業変更承認通知写し 《必須》

☐ (2) 診療を開始したことを証する書類 《必須》

☐ (3) 補助対象経費内訳書（様式第 7 号） 《必須》

☐ (4) 補助対象経費に係る支出であることを証する領収書等の写し 《必須》

☐ (5) 補助対象経費に係る契約書等又はこれに相当する書類 《必須》

☐ (6) 土地及び建物の登記事項証明書 《必須》

☐ (7) 取得、改修又は解体した空家に係る市の空家証明書

☐ (8) 診療所の職員名簿（医師を含む） 《必須》

☐ (9) 市税の未納がないことを証する書類（法人の場合は代表者に係るもの） 《必須》

☐ (10) 住民票又は全部事項証明書（法人の場合は代表者のもの） 《必須》

☐ (11) 法人を設立して診療所を開設したものは、履歴事項証明書 《必須》

☐ (12) 国等の創業補助金等の交付の可否がわかる書類

☐ (13) その他市長が必要と認める書類等

補 助 対 象 経 費 内 訳 書

《 枚の内の 枚目 》

| 経費区分 | 支出予定の項目又は品名（型式・用途など） | 金 額 |
|------|----------------------|-----|
|      | (1)                  | 円   |
|      | (2)                  | 円   |
|      | (3)                  | 円   |
|      | (4)                  | 円   |
|      | (5)                  | 円   |
|      | (6)                  | 円   |
|      | (7)                  | 円   |
|      | (8)                  | 円   |
|      | (9)                  | 円   |
|      | (10)                 | 円   |
|      | (11)                 | 円   |
|      | (12)                 | 円   |
|      | (13)                 | 円   |
|      | (14)                 | 円   |
|      | (15)                 | 円   |
|      | (16)                 | 円   |
|      | (17)                 | 円   |
|      | (18)                 | 円   |
|      | (19)                 | 円   |
|      | (20)                 | 円   |
| 合 計  |                      | 円   |

※ 上記には100万円以上のもの（消費税及び地方消費税を含まない。）を計上すること。  
領収書のみでは内容が判明しない場合、内訳書（写）等を添付すること。

指令健第            号  
年    月    日

住所

氏名                      様

大館市長                      ⑨

## クリニックスタートアップ支援事業補助金交付決定通知書

年    月    日付で交付申請があったクリニックスタートアップ支援事業補助金について、交付することで決定したので、下記のとおり通知します。

### 記

1. 開設した診療科目

\_\_\_\_\_

2. 診 療 所 名

\_\_\_\_\_

3. 交 付 決 定 額

\_\_\_\_\_ 円

### 《 注 意 事 項 》

○補助金の交付決定後、12年を経過しない期間にあっては、補助対象となった財産を、市長の承認を受けずに補助金の交付の目的に反して使用し、譲渡し、貸し付けし、担保に供し、取壊し、又は廃棄してはならない

○補助金の交付決定後、12年を経過しない期間において、次のいずれかを行おうとする場合、事前に事業状況変更報告書（様式第8号）を市長に提出しなければならない。

- (1) 診療所を移転するとき。
- (2) 診療の休止又は廃止により、診療所を閉鎖するとき。
- (3) 事業を第三者へ継承するとき。
- (4) 法人にあっては、登記事項を変更するとき。

健 収 第            号  
年    月    日

住所  
氏名                            様

大館市長                            ⑩

クリニックスタートアップ支援事業補助金却下通知書

年    月    日付で交付申請があったクリニックスタートアップ支援事業補助金について、交付申請を却下することで決定したので通知します。

記

1. 却下とした理由 \_\_\_\_\_



年 月 日

大館市長 様

住 所

氏 名

（電話番号 — — ）

## 事業状況変更報告書

年 月 日付、指令健第 号で交付決定を受けたクリニックスタートアップ  
支援事業補助金について、開設した事業の状況が変わることになりますので、下記のとおり  
報告いたします。

### 記

#### 1. 開設した事業の変更状況 （該当する項目に○印）

- （1） 診療所を移転する。
- （2） 診療所の名称を変更する。  
（法人成りを含む）
- （3） 診療の休止または廃止により診療所を  
閉鎖する。（市外への移転を含む）
- （4） 診療所を第三者へ継承する。  
（法人の代表者変更を含む）
- （5） 法人にあって、登記事項を変更する。

#### 2. 変更の具体的な状況

---

---

---

#### 3. 変更を行う日（見込）

年 月 日

#### 4. 添 付 資 料

---

---

---