

(補足様式)

G01  
お問合せ番号 123456

## (別紙2)の3(2) タスクシフト/シェアによる業務効率化にかかる補足事項説明書

(別紙2)の3(2)で報告する「新たに配置した者」に関して、各人ごとに「氏名・職種・雇用形態・採用年月日・補助対象期間・補助対象経費」を記載してください。

※3(2)の実績がない場合は記載不要。

補助事業者名	医療法人〇〇会 〇〇病院
担当者氏名	主査 滋賀 花子
対象施設名	医療法人〇〇会 〇〇病院
連絡先電話番号	077(〇〇〇)〇〇〇〇

1 人 目	氏名	滋賀 太郎	職種	医師事務作業補助者	雇用形態	パート・アルバイト
	採用年月日	令和6年4月1日	補助対象期間 (開始月～終了月)	令和6年4月	～	令和7年3月
2 人 目	氏名	大津 花子	職種	医師事務作業補助者	雇用形態	パート・アルバイト
	採用年月日	令和6年4月1日	補助対象期間 (開始月～終了月)	令和6年4月	～	令和7年3月
3 人 目	氏名	草津 次郎	職種	医師事務作業補助者	雇用形態	パート・アルバイト
	採用年月日	令和6年4月1日	補助対象期間 (開始月～終了月)	令和6年4月	～	令和7年3月
4 人 目	氏名	守山 三郎	職種	医師事務作業補助者	雇用形態	パート・アルバイト
	採用年月日	令和6年10月1日	補助対象期間 (開始月～終了月)	令和6年10月	～	令和7年9月
5 人 目	氏名	野洲 彩子	職種	医師事務作業補助者	雇用形態	パート・アルバイト
	採用年月日	令和7年1月1日	補助対象期間 (開始月～終了月)	令和7年1月	～	令和7年12月

※6名以上いる場合は、追加のシートをご使用ください。

シートごとに入力した補助対象者の数が「対象者数 小計」欄に表示されます。

入力した補助対象者の合計数が「対象者数 合計」欄に自動計算されます。入力した人数と一致しているかをご確認ください。

シートごとに入力した各人の補助対象経費の合計額が「補助対象経費 小計」欄に表示されます。

入力した全員の補助対象経費の合計額が「補助対象経費 合計」欄に表示されます。  
※(別紙2)の3(2)で報告する金額と一致しているかをご確認ください。

対象者数 小計	5	
対象者数 合計	6	
補助対象経費 小計	10000000	円
補助対象経費 合計	12000000	円

令和6年4月1日以降に新たに配置した者のみが補助対象です。(令和6年4月1日以降にタスクシフト/シェアを目的として配置転換した者を補助対象とする場合は、配置転換した日付を入力してください。)

職種・雇用形態は別紙2と合わせてください。  
※対象となる職種は「よくある質問Q27」をご確認ください。対象となる雇用形態は正社員、契約社員、パート・アルバイト、派遣社員、業務委託です。(プルダウンから選択してください。)

補助対象期間の開始月、終了月は雇用期間ではなく補助対象期間の月を入力してください。期間が1か月の場合は、開始月、終了月に同じ値を入力してください。入力した値は和暦に自動変換されます。

例① 採用年月日が令和6年4月1日の者の令和7年7月分～9月分の人件費を補助対象経費として報告する場合「開始月：2025/7、終了月：2025/9」と入力。

例② 採用年月日が令和6年4月1日の者の令和7年7月分のみの人件費を補助対象経費として報告する場合「開始月：2025/7、終了月：2025/7」と入力。

※すでに取組が完了していることを再度確認してください。

各人ごとに補助対象経費(人件費)を入力してください。  
※必ず税抜き(消費税および地方消費税)の金額を入力してください。

※6名以上いる場合は、追加のシートをご使用ください。

(補足様式)

お問合せ番号 123456

(別紙2)の3(2)タスクシフト/シェアによる業務効率化にかかる補足事項説明書⑦

(補足様式)

お問合せ番号 123456

(別紙2)の3(2)タスクシフト/シェアによる業務効率化にかかる補足事項説明書⑥

(補足様式)

お問合せ番号 123456

(別紙2)の3(2)タスクシフト/シェアによる業務効率化にかかる補足事項説明書⑤

(補足様式)

お問合せ番号 123456

(別紙2)の3(2)タスクシフト/シェアによる業務効率化にかかる補足事項説明書④

(補足様式)

お問合せ番号 123456

(別紙2)の3(2)タスクシフト/シェアによる業務効率化にかかる補足事項説明書③

(補足様式)

お問合せ番号 123456

(別紙2)の3(2)タスクシフト/シェアによる業務効率化にかかる補足事項説明書②

(別紙2)の3(2)で報告する「新たに配置した者」に関して、各人ごとに「氏名・職種・雇用形態・採用年月日・補助対象期間・補助対象経費」を記載してください。  
※3(2)の実績がない場合は記載不要。

補助事業者名	医療法人〇〇会 〇〇病院		
担当者氏名	主査 滋賀 花子		
対象施設名	医療法人〇〇会 〇〇病院		
連絡先電話番号	077(〇〇)〇〇〇〇		

6 人 目	氏名	長浜 寧々	職種	医師事務作業補助者	雇用形態	パート・アルバイト
	採用年月日	令和6年4月1日	補助対象期間 (開始月～終了月)	令和6年4月	～	令和7年3月
			補助対象経費 (金額・円単位)	2,000,000円		
7 人 目	氏名		職種		雇用形態	
	採用年月日		補助対象期間 (開始月～終了月)		～	
			補助対象経費 (金額・円単位)			
8 人 目	氏名		職種		雇用形態	
	採用年月日		補助対象期間 (開始月～終了月)		～	
			補助対象経費 (金額・円単位)			
9 人 目	氏名		職種		雇用形態	
	採用年月日		補助対象期間 (開始月～終了月)		～	
			補助対象経費 (金額・円単位)			
10 人 目	氏名		職種		雇用形態	
	採用年月日		補助対象期間 (開始月～終了月)		～	
			補助対象経費 (金額・円単位)			

対象者数 小計	1	
補助対象経費 小計	2000000	円