

様式

〇〇年 〇月 〇日

国土交通大臣 殿

押印は不要です。

事業者名、代表者氏名(役職含む)  
を記載してください。

住 所

〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地

氏名又は名称

医療法人〇〇会 〇〇病院 院長〇〇

令和5年度補正予算 ポストコロナを見据えた受入環境整備促進事業補助金  
(インバウンド安全・安心対策推進事業(訪日外国人患者受入機能強化))  
事業計画書

令和5年度補正予算 ポストコロナを見据えた受入環境整備促進事業補助金(インバウンド安全・安心対策推進事業(訪日外国人患者受入機能強化))について、別紙のとおり関係書類を添えて応募します。

事業者名	〇〇病院
補助対象施設名	〇〇病院

別紙1 補助対象施設等の概要

補助対象事業者名 〇〇病院

プルダウンで該当するものを選択してください。

補助対象施設等の情報			
補助対象施設等の名称	〇〇病院	施設の種別	病院
所在地(住所)	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地		
設置主体	〇〇病院	運営主体	〇〇病院
開設日	〇年〇月〇日	職員数	〇〇人
診療科	〇〇科/〇〇科/〇〇科		
対応言語	英語		
「外国人患者を受け入れる医療機関の情報を取りまとめたリスト」について※1	<input type="checkbox"/>	登録されている	
	<input checked="" type="checkbox"/>	登録申請予定	登録申請予定月 令和6年6月
立地要件 (優先採択の対象となる計画等の策定有無) ※該当の場合、計画をご提出ください	<input checked="" type="checkbox"/>	「非常時における外国人旅行者の安全・安心の確保に向けた指針」に基づき観光危機管理計画を策定した地域	
	<input type="checkbox"/>	「地域防災計画」等において訪日外国人旅行者の避難計画等を定めた地域	
他の補助制度等の活用の有無 (活用している・予定がある場合は具体的に記入下さい。)*2	国	無	
	都道府県	無	
	その他	無	

※1 「外国人患者を受け入れる医療機関の情報を取りまとめたリスト」については下記URLをご参照ください。なお、リストへ登録する医療機関は各都道府県が選出しているため、登録手続き等については各都道府県の衛生主管部(局)にお問い合わせ下さい。

[https://www.mlit.go.jp/kankocho/topics08\\_000193.html](https://www.mlit.go.jp/kankocho/topics08_000193.html)

補助金受給後、年度内にリストへの登録がなされない場合には、補助金を返還していただくことになります。(登録は年2回ですので、登録手続きは令和6年12月期の登録までに完了してください。)

※2 他の補助金等と補助対象が重ならないよう、施設の位置づけを調整する等の対応が必要となる場合があります。「補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律」等をご参考の上、他の補助制度等の利用状況を記入下さい。(詳細は応募要領の5～6ページ「4. 応募手続きの概要」の「(5)注意事項」をご覧ください。)

事業実施主体(補助対象事業者)			
事業実施主体(団体)名	〇〇病院		
法人番号 (個人事業主の方は記載不要です。)	00000000000000		
区分	民間事業者	プルダウンで該当するものを選択してください。	
住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地		
担当者名	総務課 〇〇 〇〇		
連絡先(電話番号・FAX番号)	電話	(△△△)-△△△-△△△	FAX (△△△)-△△△-△△△
連絡先(メールアドレス)	△△@△△△.△△△.△△		

別紙2 事業計画

補助対象事業者名 ○○病院

補助対象施設等名 ○○病院

(税抜き、単位：円)

補助対象事業の種別 (補助対象経費の区分)	補助対象事業の 名称	補助対象事業の 目的・内容	補助対象設備等	補助対象事業の 着手及び完了予定日	費用総額		補助対象経費	補助金額	備考
					負担者	負担額			
1	デジタルサイネージ	デジタルサイネージの設置	訪日外国人旅行者に必要な情報を伝えるため。 ・デジタルサイネージ購入(2台)	着手予定日 R6.3.1 完了予定日 R6.3.31	国 申請者	4,000,000 2,000,000 2,000,000	4,000,000	2,000,000	※見積書No. 1に該当
2	多言語案内・翻訳システム機器	翻訳機器○○の設置	訪日外国人旅行者の受付場面で使用するため。 ・○○購入(3台)	着手予定日 R6.3.1 完了予定日 R6.3.31	国 申請者	300,000 150,000 150,000	300,000	150,000	※見積書No. 2に該当
3	案内表示	病院内の案内表示の設置	訪日外国人旅行者に必要な情報を伝えるため。 ・案内表示設置(2箇所)	着手予定日 R6.3.1 完了予定日 R6.3.31	国 申請者	200,000 100,000 100,000	200,000	100,000	※見積書No. 3に該当
4	掲示物・配布物	同意書の多言語化	医療専門用語も含まれる同意書の内容を正確に訪日外国人旅行者に伝えるため。 ・同意書の多言語化(5種類)	着手予定日 R6.3.1 完了予定日 R6.3.31	国 申請者	200,000 100,000 100,000	200,000	100,000	※見積書No. 4に該当
5				着手予定日 完了予定日	国 申請者	0 0		0	
計						4,700,000	4,700,000	2,350,000	

別紙3 デジタルサイネージ(整備概要)

デジタルサイネージの整備概要				
位置図				
<p>補助対象施設全体の位置関係がわかる図を記載してください。</p> <p><b>【必須】</b></p> <p>※位置関係がわかる既存のマップ等があれば、その添付をもって記載に代えることが可能です。</p>				
<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">コンテンツを作成する場合は「○」を入れてください。</div>				
コンテンツ作成		○		
表示する具体的内容		言語		
受診時の注意事項		英語・韓国語・中国語(繁体字・簡体字)		
館内案内図(言語切り替え)		英語・韓国語・中国語(繁体字・簡体字)		
待ち時間、受付番号の表示		英語・韓国語・中国語(繁体字・簡体字)		
広告掲載	内容		該当	
	デジタルサイネージへの広告掲載の有無(予定含む)		有	
広告掲載要記有載の場合は	掲載内容について	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">プルダウンで、広告掲載(予定を含む)の「有無」を選択してください。</div> 地域の薬局や小売店に関する広告		
	広告収入の活用先	本デジタルサイネージの維持管理費として捻出 <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;">                         プルダウンで、該当するものに「○」、該当しないものに「×」を入れてください。3つ全て○であることが要件となります。                     </div>		
	掲載の範囲等について(必ずチェックください。「×」がある場合は補助対象外となります。)	広告収入を伴わない診療情報を主として発信しているか	○	
		広告収入は維持管理費を上らない程度であるか	○	
	広告内容は公序良俗に反しないものである	○		
設置場所の分かる写真等 ※設置する箇所全ての写真を貼付してください。 ※欄が不足する場合は適宜追加してください。				
設置箇所		エレベーター横(6箇所)		
【整備する地点の写真】		【整備する地点の写真】		

別紙4 多言語案内・翻訳用タブレット端末、多言語案内・翻訳システム機器(整備概要)

下記導入媒体を複数申請する場合は、それぞれ作成してください。

導入媒体	多言語案内用タブレット端末	○
	多言語翻訳システム機器	○

多言語案内・翻訳用タブレット端末		機器名	台数	多言語翻訳システム (導入予定)	対応言語
【現状】	対応言語が英語のみであるため、英語以外の言語に対応できない。	-	- 台	-	英語のみ
【事業実施後】	タブレット端末を導入し、VoiceTraをインストールすることで、英語以外の言語にも対応可能となる。	タブレット端末	2 台	VoiceTra	31言語間の翻訳、うち22言語は音声入力、16言語は音声出力が可能
多言語案内・翻訳システム機器		機器名	台数	多言語翻訳システム (翻訳エンジン)	対応言語
【現状】	対応言語が英語のみであるため、英語以外の言語に対応できない。	-	- 台	-	英語のみ
【事業実施後】	ウェアラブル端末●●●を導入し、案内所スタッフの市内巡回時においても英語以外の言語にも対応可能となる。	ウェアラブル端末 ●●●	1 台	VoiceTra	31言語間の翻訳、うち22言語は音声入力、16言語は音声出力が可能

別紙5 案内標識(整備概要)

複数の案内標識を設置する場合は、それぞれ作成してください。

案内標識の概要

位置図

補助対象施設全体の位置関係がわかる図を記載してください。

【必須】

※位置関係がわかる既存のマップ等があれば、その添付をもって記載に代えることが可能です。

整備の内容

番号	案内標識に記載する内容	表記する言語	設置箇所	設置数
①	病院を案内する標識	英語・韓国語・中国語(繁体字・簡体字)	駐車場内	1

設置場所の分かる写真等

※設置する箇所全ての写真を貼付してください。

※欄が不足する場合は適宜追加してください。

【設置する箇所の写真①】

【設置する箇所の写真】

【設置する箇所の写真】

【設置する箇所の写真】

別紙6 案内表示(整備概要)

複数の案内標識を設置する場合は、それぞれ作成してください。

案内表示の概要				
位置図				
<p>補助対象施設全体の位置関係がわかる図を記載してください。</p> <p><b>【必須】</b></p> <p>※位置関係がわかる既存のマップ等があれば、その添付をもって記載に代えることが可能です。</p>				
整備の内容				
番号	案内表示に記載する内容	表記する言語	設置箇所	設置数
①	診療科、担当医の名前	英語・韓国語・中国語(繁体字・簡体字)	診療室ドア横	2

設置場所の分かる写真等

※設置する箇所全ての写真を貼付してください。  
 ※欄が不足する場合は適宜追加してください。

<p>【掲示する箇所の写真①】</p>	<p>【掲示する箇所の写真 】</p>
<p>【掲示する箇所の写真 】</p>	<p>【掲示する箇所の写真 】</p>

別紙7 掲示物・配布物(整備概要)

複数の掲示物・配布物を作成する場合は、それぞれ作成してください。

掲示物・配布物の概要				
番号	種別	掲示物・配布物に記載する内容	表記する言語	掲示箇所(掲示物のみ記載)
①	掲示物	診療科、担当医の名前	英語・韓国語・中国語(繁体字・簡体字)	診療室ドア横
②	配布物	入院案内所・承諾書	英語・韓国語・中国語(繁体字・簡体字)	_
③	配布物	医療費請求書・医療費領収書	英語・韓国語・中国語(繁体字・簡体字)	_

設置場所の分かる写真等

※設置する箇所全ての写真を貼付してください。

※欄が不足する場合は適宜追加してください。

<p>【掲示する箇所の写真①】</p>	<p>【掲示する箇所の写真②】</p>
<p>【掲示する箇所の写真③】</p>	<p>【掲示する箇所の写真 】</p>



別紙8 ホームページ(整備概要)

コンテンツを作成する場合、既存のホームページの場合は「○」を入れてください。

ホームページ(整備概要)			
新規作成	○		
既存のホームページの改修	○		
その他の要件 (必ずチェックください。該当しない場合は補助対象外となります。)	○ 新規又は改修するホームページは、スマートフォン対応している		
掲載する具体的内容	言語		
当病院の概要(診療科、対応言語、診療時間、所在地、予約方法、連絡先等)	英語・韓国語・中国語(繁体字・簡体字)		
広告掲載	プルダウンで、広告掲載(予定を含む)の「有無」を選択してください		
	内容 該当		
	情報発信媒体への広告掲載の有無(予定含む) 有		
広告掲載要記載の場合は	掲載内容について	地域の薬局や小売店に関する広告	
	広告収入の活用先	本ホームページの維持管理費として捻出	
	掲載の範囲等について (必ずチェックください。「×」がある場合は補助対象外となります。)	広告収入を伴わない診療情報を主として発信しているか	○
		広告収入は維持管理費を上らない程度であるか	○
広告内容は公序良俗に反しないものである		○	

プルダウンで、該当するものに「○」、該当しないものに「×」を入れてください。

別紙9 案内放送(整備概要)

案内放送の整備概要	
案内する具体的内容	言語
診察・検査等に呼び出す時に流す案内放送	英語・韓国語・中国語(繁体字・簡体字)

別紙10 無料公衆無線LAN環境の整備(整備概要)

無料公衆無線LAN環境の整備の概要			
整備内容			
機器等区分	機器名	台数	備考
本体	無線LANコントローラ〇〇	1台	
端末	アクセスポイント〇〇	4台	
ソフトウェア	〇〇〇〇	1個	セキュリティ対策
設置箇所の理由		訪日外国人患者の対応を行う待合室及び診察室での使用を想定し、両室にWi-Fiが届く箇所であるため	
その他の要件 (必ずチェックください。該当しない場合は補助対象外となります。)		無料公衆無線LAN環境の整備を図る際には、下記の共通シンボルマークの掲出、総務省が求める認証方式に準じた認証方式を行う	
項目	該当	内容	
共通シンボルマーク	<input type="radio"/>	「Japan.Free Wi-Fi」の掲出	
認証方式	<input type="radio"/>	ア)SMS(ショートメッセージ)・電話番号を利用した認証方式	
		イ)SNSアカウントを利用した認証方式 及び ウ)利用していることの確認を含めたメール認証方式 の併用方式	
		上記以外(備考欄に詳細を記入)	
	備考		

別紙11-1 キャッシュレス決済環境(整備概要)

キャッシュレス決済環境の整備概要					
位置図		<p>補助対象施設全体の位置関係がわかる図を記載してください。【必須】</p> <p>※位置関係がわかる既存のマップ等があれば、その添付をもって記載に代えることが可能です。</p>			
整備内容	導入 媒体等	機器 区分	機器名	台数等	備考
キャッシュレス 決済端末	○	本体	キャッシュレス決済端末○○	30台	対応する決済手段はICクレジットカード(○○)、交通系電子マネー(○○)(予定)
		付属機器	電子マネー決済用非接触リーダライタ	30台	
LAN環境の整備	○	本体	無線LANコントローラ○○	1台	ソフトウェアは、セキュリティ対策用
		端末	アクセスポイント○○	4台	
		ソフトウェア	○○○	1個	

別紙11-2 キャッシュレス決済環境(整備図面)

設置場所の分かる写真等

※設置する箇所全ての写真を貼付してください。

※欄が不足する場合は適宜追加してください。

<p>【整備する施設の外観の写真】</p>	<p>【整備する箇所の写真】</p>
<p>【整備する箇所の写真】</p>	<p>【整備する箇所の写真】</p>

別紙12 スタッフ研修(整備概要)

スタッフ研修の概要		
項目	内容	
研修名	多言語対応研修	
研修の種類	○ 多言語対応研修	
	視察研修	
	その他( )研修)	
目的	語学以外の多言語対応能力の習得により、職員の訪日外国人旅行者の受け入れ能力の向上を図るもの。	
参加人数	受付スタッフ 3人	
研修計画 ※指標を達成するための計画を記入のこと	【日程】	7月1日～3日 各日程4hの研修
	【講師】	○○ ○○
	【研修内容】	訪日外国人旅行者を受け入れ能力の向上。 ・外国人の常識や習慣についての学習。 ・自動翻訳機器や指差し会話シート等の活用といったコミュニケーションに係る知識の習得。
	【期待】	現状の課題、研修後に期待される効果、研修後の達成目標とする指標※等を記載ください。  ※完了実績報告時に設定した指標に対する達成率及び参加者による研修レポート(研修をどのように今後の業務に活かすか)等を完了実績報告書とあわせ提出する必要があります。ただし、指標設定が困難な場合は、参加者による研修レポートのみの提出でも可とします。
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; margin: 10px 0;">             研修行程ごとに内容を記載の上、各行程の目的をあわせて記載ください。           </div>		
研修にかかる費用の詳細等(見積書等添付でも可)	■研修行程と照らし合わせて、必要な経費と明確に判断できるものを補助対象経費とします。	