

## 埼玉県生産性向上・職場環境整備等事業給付金交付要綱

### (目的)

第1条 県は、人材確保が喫緊の課題となっている医療提供施設に対し、限られた人員により効率的に業務を行う環境の整備費用に相当する金額を、予算の範囲内において給付金として支給することにより、業務の生産性を向上させ、職員の処遇改善につなげることを目的とする。

2 本給付金の交付に関しては、補助金等の交付手続等に関する規則（昭和40年埼玉県規則第15号。以下「規則」という。）に定めるものほか、この要綱に定めるところによる。

### (交付対象)

第2条 交付対象は、次の各号の全ての要件を満たすものとする。

一 令和7年3月31日時点で診療報酬制度に基づくベースアップ評価料を届け出ている、埼玉県内に開設場所を有する以下の医療提供施設とする。

(ア) 病院

(イ) 診療所（医科・歯科）

(ウ) 訪問看護ステーション

二 第5条第1項の規定に基づく交付申請日時点で事業を実施しており、かつ令和8年3月31日まで事業継続の意思を有すること。

三 代表者、役員、従業員又は構成員等が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又は反社会的勢力（以下、「暴力団等」という。）に属しておらず、かつ、暴力団等が経営に事実上参画していないこと。

### (対象となる取組)

第3条 交付対象となる取組は、業務の効率化や職員の処遇改善を図るため、令和6年4月1日から令和8年3月31日までの間に実施する別表1に掲げるものとする。

### (交付額の算定方法)

第4条 給付金の交付額は、別表2に掲げる金額を上限とする。ただし、給付金の支給対象となる取組に係る費用（以下、「費用」という。）が交付額を下回る場合には、第3条の規定による取組に係る費用を交付額とする。また、交付額に1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切捨てるものとする。なお、当該給付金に係る消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額（給付対象経費に含まれる消費税及び地方消費税相当額のうち、消費税法（昭和63年法律第108号）の規定により仕入れに係る消費税額として控除できる部分の金額及び当該金額に地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による地方消費税の税率を乗じて得た金額

の合計額をいう。以下「消費税等仕入控除税額」という。)を減額して第5条の規定に基づく交付申請をしなければならない。

ただし、申請時において当該消費税等仕入控除税額が明らかでないものについては、この限りでない。

#### (交付の申請等)

第5条 申請者は、申請書兼請求書(様式第1号)を令和7年10月31日までに知事に提出しなければならない。

- 2 前項の申請書兼請求書のうち、請求書は第11条の規定に基づく本給付金の額の確定通知後に効力を発するものとする。ただし、完了していない取組が含まれる場合、請求書は第8条の規定に基づく交付決定の通知後に効力を発するものとする。
- 3 知事は、申請者が正当な理由なく、第1項の申請書兼請求書の補正に応じない場合は、当該書類の効力を失う旨を通知するものとする。

#### (添付書類)

第6条 規則第4条第2項第1号から第4号の書類の添付は要しないが、申請者において適正に保管し、知事の求めがあった場合には、速やかに提出しなければならない。

- 2 規則第4条第2項第5号の書類は、次の各号に掲げるものとする。
  - 一 本給付金振込先の口座に関する情報(金融機関名、口座番号、名義人等)が分かれる書類(預金通帳の写し等)
  - 二 その他、知事が必要と認める書類

#### (交付の条件)

第7条 規則第6条の規定による交付の条件は、偽りその他の不正な手段を用いて、埼玉県からの補助金、給付金等の金銭の交付を受け又はその交付の申請をしたことがないこととする。

#### (交付決定の通知等)

第8条 規則第7条の交付決定通知は交付決定通知書(様式第2号)のとおりとする。

- 2 知事は、申請者が第2条、第6条及び前条の規定により、本給付金の交付の要件を満たしていないものと認められるときは、本給付金を交付しない。
- 3 前項の規定により、本給付金を交付しないことを決定した場合は、不交付決定通知書(様式第3号)により申請者に通知するものとする。
- 4 知事は、交付決定に当たり、第4条第1項により給付金に係る消費税等仕入控除税額について減額して交付申請がなされたものについては、これを審査し、適當と認めたときは、当該消費税等仕入控除税額を減額するものとする。
- 5 知事は、第4条第1項ただし書きによる交付申請がなされたものについては、給

付金に係る消費税等仕入控除税額について給付金の額の確定において減額を行うこととし、その旨の条件を付して交付決定を行うものとする。

6 知事は、第4条第1項ただし書きによる交付申請がなされたものについて、給付金の額の請求時点において消費税等仕入控除税額が明らかでない場合には、給付金に係る消費税等仕入控除税額が確定した時点で、知事が当該消費税等仕入控除税額の全部又は一部の返還を命ずることとなる旨の条件を付して交付決定を行うものとする。

#### (給付金の概算払)

第9条 知事は、必要があると認める場合は、予算額の範囲内において概算払をすることができる。

#### (給付金の実績報告)

第10条 規則第13条の本給付金の交付に係る実績報告は、第5条第1項の規定による申請書兼請求書の提出をもって完了とする。ただし、完了していない取組に係る費用については、完了後速やかに生産性向上・職場環境整備等事業実績報告書(様式第4号)による実績報告書を、完了後10日を経過した日又は令和8年3月31日のいずれか早い日までに知事に提出しなければならない。

2 第4条第1項ただし書きにより交付の申請をしたものは、第1項の報告書を提出するに当たって、申請者が課税事業者(免税事業者及び簡易課税事業者以外)の場合で、給付金に係る消費税等仕入控除税額が明らかな場合には、当該消費税等仕入控除税額を給付金額から減額して報告しなければならない。

#### (給付金額の確定)

第11条 規則第14条の確定通知は確定通知書(様式第5号)のとおりとする。

#### (本給付金の支払い)

第12条 本給付金の支払いは、額の確定通知後、請求に基づき口座振込により行う。

2 第5条第2項のただし書に該当する場合は、交付決定の通知後、請求に基づき口座振替により行う。

#### (給付金の返還)

第13条 知事は、交付すべき給付金の額を確定した場合において、既にその金額を超える給付金が交付されているときは、期限を定めてその超える部分について返還を命ずるものとする。

#### (消費税等仕入控除税額の確定に伴う給付金の返還)

第14条 申請者は、給付金の額の確定後に消費税及び地方消費税の申告により給付

金に係る消費税等仕入控除税額が確定した場合には、その金額（第9条第2項の規定により減額した給付事業者については、その金額が減じた額を上回る部分の金額）等を消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書（様式第6号）により速やかに知事に報告しなければならない。

2 知事は、前項の報告があった場合には、期限を定めて、当該消費税等仕入控除税額の全部又は一部の返還を命ずるものとする。

（状況報告及び是正措置等）

第15条 知事は、本給付金の交付に関して必要な場合は、申請者又は本給付金の交付決定を受けた者に対して事業所等の検査又は報告を求めることができる。

2 知事は、前項の検査又は報告の結果、本給付金の交付に疑義がある場合は、必要な是正措置を求めることができる。

（決定の取消し等）

第16条 知事は、交付決定を受けた者が、交付決定後に交付対象でない事実や不法又は不正な行為を行ったことが明らかになった場合は、交付決定を取り消すことができる。

2 前項の規定は、本給付金の支払後においても適用があるものとする。

3 規則で定める給付金の返還、加算金及び延滞金の規定は、前2項の規定による取消しをした場合について準用する。

（本給付金の支払いが完了されない場合の取扱い）

第17条 知事が第8条第1項の規定による交付決定通知書又は第11条の規定による確定通知書を当該申請者に通知した後、第6条第2項第1号の規定に基づき提出のあった本給付金の振込先口座（指定先口座の変更を届け出ている場合にあっては、当該届出をした振込先口座とする。）に振込みを行う手続を行ったにもかかわらず、振込先口座への振込みが当該医療提供施設の廃止に伴う口座停止等の事由により完了できない場合は、辞退の届出があったものとみなし、本給付金を支給しないことができる。

2 前項の規定を適用した場合は、交付決定を取り消すものとする。

（財産の処分の制限）

第18条 規則第19条第1項ただし書に規定する別に定める期間は、減価償却資産の耐用年数等に関する省令（昭和40年大蔵省令第15号）に定める耐用年数に相当する期間とする。

2 規則第19条第1項第2号に規定する別に定めるものは、取得価格の単価が30万円以上の機械、器具、その他の備品とする。

3 給付事業者は、規則第19条第1項の規定により財産の処分の承認を受けようとするときは、あらかじめ取得財産処分承認申請書（様式第7号）を知事に提出しな

ければならない。承認を受けて財産を処分することにより収入があった場合には、その収入の全部又は一部を県に納付させことがある。

(会計帳簿等の整備等)

第19条 給付金の交付を受けた給付事業者は、給付事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出についての証拠書類を整備し、事業の完了した日の属する会計年度の翌年度から起算して5年間保存しておかなければならない。

(その他)

第20条 規則及びこの要綱に定めるもののほか、必要な事項は、知事が別に定める。

附 則

この要綱は、令和7年6月6日から施行する。

附 則

この要綱は、令和7年10月22日から施行する。

別表1 (第3条関係)

| 区分 | 取組内容               | 具体例   |
|----|--------------------|---|
| ①  | ICT機器等の導入による業務効率化  | タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入 |
| ②  | タスクシフト／シェアによる業務効率化 | 医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト／シェア                    |
| ③  | 給付金活用による賃金改善の更なる推進 | 処遇改善を目的とした、既に雇用している職員の更なる賃金改善                             |

※①～③を複数組み合わせた場合も対象とする。

別表2 (第4条関係)

| 区分 | 施設種別      | 基準額       |
|----|-----------|-----------|
| ①  | 病院・有床診療所※ | 許可病床数×4万円 |

| 区分 | 施設種別                   | 基準額      |
|----|------------------------|----------|
| ②  | 無床診療所・歯科診療所・訪問看護ステーション | 1施設×18万円 |

※許可病床数4床以下の有床診療所は②とする

埼玉県知事 殿

保険医療機関名：  
保険医療機関番号：  
郵便番号：  
施設所在地：  
代表者名：

|       |
|-------|
| 〒     |
| 施設所在地 |
| 代表者名  |

## 生産性向上・職場環境整備等事業 申請書兼請求書

生産性向上・職場環境整備等事業について、次のとおり申請します。

### 【基準額】

|     |         |        |
|-----|---------|--------|
| 病床数 | 給付額     | 基準額<A> |
|     | 40,000円 | 0円     |

### 【対象施設であることの申出】※該当する要件にチェックを入れること

- 令和7年3月31日時点において、次に掲げる診療報酬のいずれかを届け出ている。

| チェック                     | 項目（複数選択可）                |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 0100 外来・在宅ベースアップ評価料（I）   |
| <input type="checkbox"/> | P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I） |
| <input type="checkbox"/> | 0102 入院ベースアップ評価料（医科）     |
| <input type="checkbox"/> | P102 入院ベースアップ評価料（歯科）     |
| <input type="checkbox"/> | 訪問看護ベースアップ評価料（I）         |

### 【生産性向上・職場環境整備等の実施内容】

- ①タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入（消費税の税抜き価格）

| 導入済み               | 設備名 | ①に要する額 |
|--------------------|-----|--------|
|                    |     |        |
| 合計                 |     | 0円     |
| 導入予定<br>※R8.3.31まで |     |        |
|                    |     |        |
| 合計                 |     | 0円     |

- ②医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト／シェア（消費税の税抜き価格）

|                    | 取組内容 | ②に要する額 |
|--------------------|------|--------|
| 導入済み               |      |        |
| 導入予定<br>※R8.3.31まで |      |        |

- ③待遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善

|                    | ③に要する額 |
|--------------------|--------|
| 導入済み               |        |
| 導入予定<br>※R8.3.31まで |        |

|                 |    |
|-----------------|----|
| 合計額 (①+②+③) <B> | 0円 |
|-----------------|----|

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| 基準額<A>と合計額 (①+②+③) <B>の少ない額 | 0円 |
|-----------------------------|----|

### 【申請額】

|     |    |
|-----|----|
| 申請額 | 0円 |
|-----|----|

**【給付金振込口座依頼】**

給付金は下記の口座に振り込んでください。

(法人の場合は法人名義の口座、個人事業主の場合は申請者御本人名義の口座を指定してください。

これ以外の口座への振込みはできません。)

|                |    |                |     |  |                 |  |  |  |  |
|----------------|----|----------------|-----|--|-----------------|--|--|--|--|
| 金融機関名          |    |                |     |  | 金融機関コード<br>(4桁) |  |  |  |  |
| 本・支店名          |    |                | 本店  |  | 支店コード<br>(3桁)   |  |  |  |  |
|                |    |                | 支店  |  |                 |  |  |  |  |
|                |    |                | 出張所 |  |                 |  |  |  |  |
| 預金<br>種別       | 普通 | 口座番号<br>(※)    |     |  |                 |  |  |  |  |
| 当座             |    | カタカナで記入してください。 |     |  |                 |  |  |  |  |
| 口座名義<br>(カタカナ) |    |                |     |  |                 |  |  |  |  |

※口座番号は右詰めでご記入ください。

金融機関名、口座番号、口座名義等は通帳の見開きページ（通帳を開いた 1・2 ページ）に記載されています。

※振込先がゆうちょ銀行の場合は、口座番号（記号・番号）を他銀行の形式（店名・預金種目・口座番号）

に変換したものを記入してください。

**【実績報告書の要否】**

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | 実績報告書の提出は不要です（当様式と兼ねます）                                |
|                       | 支払い完了後、様式第 4 号の提出が必要です（令和 8 年 3 月 31 日までに支払予定の経費がある場合） |

事務担当者名 :

電話番号 :

メールアドレス



埼玉県知事 殿

保険医療機関名 :

保険医療機関番号 :

郵便番号 :

〒

施設所在地 :

代表者名 :

## 生産性向上・職場環境整備等事業 申請書兼請求書

生産性向上・職場環境整備等事業について、次のとおり申請します。

### 【基準額】

| 基準額<A>   |
|----------|
| 180,000円 |

|  |
|--|
|  |
|  |

### 【対象施設であることの申出】※該当する要件にチェックを入れること

- 令和7年3月31日時点において、次に掲げる診療報酬のいずれかを届け出ている。

| チェック                     | 項目（複数選択可）                |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 0100 外来・在宅ベースアップ評価料（I）   |
| <input type="checkbox"/> | P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I） |
| <input type="checkbox"/> | 訪問看護ベースアップ評価料（I）         |

### 【生産性向上・職場環境整備等の実施内容】

- ①タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入（消費税の税抜き価格）

| 導入済み               | 設備名 | ①に要する額 |
|--------------------|-----|--------|
|                    |     |        |
|                    |     |        |
|                    |     |        |
|                    | 合計  | 0円     |
| 導入予定<br>※R8.3.31まで |     |        |
|                    |     |        |
|                    | 合計  | 0円     |

- ②医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト／シェア（消費税の税抜き価格）

| 導入済み               | 取組内容 | ②に要する額 |
|--------------------|------|--------|
|                    |      |        |
| 導入予定<br>※R8.3.31まで |      |        |

- ③待遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善

| ③に要する額          |
|-----------------|
| 導入済み            |
| 導入予定 ※R8.3.31まで |

|               |    |
|---------------|----|
| 合計額（①+②+③）<B> | 0円 |
|---------------|----|

|                           |    |
|---------------------------|----|
| 基準額<A>と合計額（①+②+③）<B>の少ない額 | 0円 |
|---------------------------|----|

### 【申請額】

|     |    |
|-----|----|
| 申請額 | 0円 |
|-----|----|

**【給付金振込口座依頼】**

給付金は下記の口座に振り込んでください。

(法人の場合は法人名義の口座、個人事業主の場合は申請者御本人名義の口座を指定してください。

これ以外の口座への振込みはできません。)

| 金融機関名          |    |                 |                |  | 金融機関コード<br>(4桁) |  |  |  |  |  |  |
|----------------|----|-----------------|----------------|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|
| 本・支店名          |    | 本店<br>支店<br>出張所 |                |  | 支店コード<br>(3桁)   |  |  |  |  |  |  |
| 預金<br>種別       | 普通 |                 | 口座番号<br>(※)    |  |                 |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義<br>(カタカナ) |    |                 | カタカナで記入してください。 |  |                 |  |  |  |  |  |  |

※口座番号は右詰めでご記入ください。

金融機関名、口座番号、口座名義等は通帳の見開きページ（通帳を開いた1・2ページ）に記載されています。

※振込先がゆうちょ銀行の場合は、口座番号（記号・番号）を他銀行の形式（店名・預金種目・口座番号）

に変換したものを記入してください。

**【実績報告書の要否】**

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | 実績報告書の提出は不要です（当様式と兼ねます）                        |
|                       | 支払い完了後、様式第4号の提出が必要です（令和8年3月31日までに支払予定の経費がある場合） |

事務担当者名 :

電話番号 :

メールアドレス

様式第2号(第8条関係)

〇〇第号  
令和年月日

様

埼玉県知事

埼玉県生産性向上・職場環境整備等事業給付金交付決定通知書

埼玉県生産性向上・職場環境整備等事業給付金については、補助金等の交付手続等に関する規則(昭和40年埼玉県規則第15号)第7条により下記のとおり交付します。

記

1 給付金額                   円

2 対象施設                   

3 交付方法  
申請書兼請求書記載の口座への口座振替

4 留意事項

交付決定後に虚偽の申請又は埼玉県生産性向上・職場環境整備等事業給付金の交付が不適当であると認められる事実が判明した場合は、交付決定を取り消します。また、埼玉県生産性向上・職場環境整備等事業給付金の交付後の場合は返還を求めます。

様式第3号(第8条関係)

〇〇第号  
令和年月日

様

埼玉県知事

埼玉県生産性向上・職場環境整備等事業給付金不交付決定通知書

埼玉県生産性向上・職場環境整備等事業給付金については、下記のとおり交付しないことを決定します。

記

1 不交付の理由

保険医療機関名：

保険医療機関番号：

郵便番号：

〒

施設所在地：

代表者名：

## 生産性向上・職場環境整備等事業実績報告書

生産性向上・職場環境整備等事業について、次のとおり報告します。

## 【交付決定額】

交付決定額

## 【対象施設であることの申出】※該当する要件にチェックを入れること

- 令和7年3月31日時点において、次に掲げる診療報酬のいずれかを届け出ている。

| チェック                     | 項目（複数選択可）                |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 0100 外来・在宅ベースアップ評価料（I）   |
| <input type="checkbox"/> | P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I） |
| <input type="checkbox"/> | 0102 入院ベースアップ評価料（医科）     |
| <input type="checkbox"/> | P102 入院ベースアップ評価料（歯科）     |
| <input type="checkbox"/> | 訪問看護ベースアップ評価料（I）         |

## 【生産性向上・職場環境整備等の実施内容及び支出額】

- ①タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入

| 導入設備名 | ①に要する支出額（税抜） |
|-------|--------------|
|       |              |
|       |              |
|       |              |
|       |              |
| 合計    | 0円           |

- ②医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト／シェア

| 取組内容 | ②に要する支出額（税抜） |
|------|--------------|
|      |              |
|      |              |
|      |              |
| 合計   | 0円           |

- ③処遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善

| 取組内容       | ③に要する支出額（税抜） |
|------------|--------------|
|            |              |
|            |              |
|            |              |
| 合計         | 0円           |
| 実績額（①+②+③） | 0円           |
| 交付決定額      | 0円           |
| 交付額        | 0円           |
| 返還額        | 0円           |

事務担当者名：

電話番号：

メールアドレス：

埼玉県知事 殿

保険医療機関名 :

保険医療機関番号 :

郵便番号 :

〒

施設所在地 :

代表者名 :

## 生産性向上・職場環境整備等事業実績報告書

生産性向上・職場環境整備等事業について、次のとおり報告します。

## 【交付決定額】

交付決定額

## 【対象施設であることの申出】※該当する要件にチェックを入れること

 令和7年3月31日時点において、次に掲げる診療報酬のいずれかを届け出ている。

| チェック                     | 項目（複数選択可）                |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 0100 外来・在宅ベースアップ評価料（I）   |
| <input type="checkbox"/> | P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I） |
| <input type="checkbox"/> | 訪問看護ベースアップ評価料（I）         |

## 【生産性向上・職場環境整備等の実施内容及び支出額】

 ①タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入

| 導入設備名 | ①に要する支出額（税抜） |
|-------|--------------|
|       |              |
|       |              |
|       |              |
|       |              |
|       |              |
| 合計    | 0円           |

 ②医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト／シェア

| 取組内容 | ②に要する支出額（税抜） |
|------|--------------|
|      |              |
|      |              |
|      |              |
| 合計   | 0円           |

 ③処遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善

| 取組内容 | ③に要する支出額（税抜） |
|------|--------------|
|      |              |
|      |              |
|      |              |
| 合計   | 0円           |

|            |    |
|------------|----|
| 実績額（①+②+③） | 0円 |
| 交付決定額      | 0円 |
| 交付額        | 0円 |
| 返還額        | 0円 |

事務担当者名 :

電話番号 :

メールアドレス :

〇〇第号  
令和年月日

様

埼玉県知事

埼玉県生産性向上・職場環境整備等事業給付金確定通知書

埼玉県生産性向上・職場環境整備等事業給付金については、補助金等の交付手続等に関する規則（昭和40年埼玉県規則第15号）第14条により、下記のとおり給付金額が確定しましたので通知します。

記

1 給付金額                           円

2 対象施設

様式第6号（第14条関係）

令和 年度消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

令和 年 月 日

（宛先）

埼玉県知事

（給付事業者）

（保険医療機関番号）

（郵便番号）〒

（施設所在地）

（代表者名）

令和 年 月 日付け 第 号により交付決定があつた埼玉県生産性向上・職場環境整備等事業給付金について、交付決定通知書により付された条件に基づき、下記のとおり報告する。

記

1 給付事業名

生産性向上・職場環境整備等事業

2 給付金の額（県が確定通知書により通知した額）

円

3 給付金の確定時における消費税等仕入控除税

円

4 消費税及び地方消費税の確定に伴う給付金に係る消費税等仕入控除税額

円

5 給付金返還相当額（4-3）

円

（注） 1 積算の内訳を添付してください。

2 課税事業者であつても、単純に給付金の10%相当額が消費税等仕入控除による減額等の対象額とは限りません。

様式第7号 (第18条関係)

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

(給付事業者)  
(保険医療機関番号)  
(郵便番号)  
(施設所在地)  
(代表者名)

取得財産処分承認申請書

埼玉県生産性向上・職場環境整備等事業給付金により取得した財産を下記により処分したいので、  
埼玉県補助金等の交付手続等に関する規則第19条第1項の規定により、承認してくださるよう申  
請します。

記

- 1 品目
- 2 取得価格及び時価
- 3 取得年月日
- 4 処分の方法
- 5 処分の理由
- 6 処分予定価格

本件責任者 氏名  
所属部署名  
電話番号

本件事務担当者 氏名  
所属部署名  
電話番号

(注) 別に指示する資料を添付のこと。