

様式 1

令和 年 月 日

殿

所在地 ;
施設名称 ;
代表者名 ;

令和 2 年度医療施設等感染拡大防止支援事業費補助金の交付申請書

標記について、次により交付金を交付されるよう関係書類を添えて申請する。

- 1 申請額 金 円
- 2 医療施設等感染拡大防止支援事業費補助金に関する事業実施計画書

様式1

申請書等を提出する
日を記載

令和2年9月30日

山梨県知事 殿

申請書する医療機関等の施設
の住所、名称を記載

東京都中央区日本橋〇-〇-〇
医療法人社団〇〇〇 △△△病院

施設管理者名も記載
例) 〇〇医院 管理者 △△△

〇〇 病院長 〇〇〇〇

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業）の交付申請書

標記について、次により交付金を交付されるよう関係書類を添えて申請する。

1 申請額 金 17,000,000 円

2 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業）に関する事業実施計画書

様式2-2 事業計画書で算出された交
付申請額を記載

【表面】 事業計画書_医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

施設概要

助産所コードを有さない助産所は「999999999」を入力してください

申請日		医療機関等 コード (10桁)									施設名称	
管理者職名					管理者氏名							
連絡先	担当部署			担当者氏名			連絡先電話番号			連絡先メールアドレス		
所在地	郵便番号				都道府県名			市区町村以降				

施設類型について、該当するものに○してください。

※ 原則として令和2年4月1日現在の医療法上の許可病床数

施設類型	病院 (医科、歯科)	許可病床数 [※] (病院のみ記載)		a_補助上限額 (円)		計算結果をご記載ください 2,000,000 + (50,000 × 病床数)
	有床診療所 (医科、歯科)				2,000,000	
	無床診療所 (医科、歯科)				1,000,000	
	薬局、訪問看護ステーション、助産所				700,000	

施設類型及び許可病床数に間違いがない

はい いいえ

施設類型及び許可病床数に間違いがない場合は、左の欄で「はい」を選択して下さい。
※間違いがあり本来の補助金額を超過して補助金が支払われた場合、超過分は返還対象となります。

口座情報

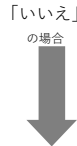
以下の質問について、「はい」もしくは「いいえ」どちらかに○してください。

国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない。

(助産所コードを有さない助産所は、「いいえ」を選択してください)

はい いいえ

債権譲渡されていない場合は、「はい」を選択して下さい。債権譲渡されている場合は、国保連に登録されている口座への補助金の振込ができませんので、債権譲渡されていない口座の情報を提出していただく必要があります。



国保連合会による当該口座の債権譲渡の有無に関する確認結果が都道府県に共有されることに同意する	はい	いいえ	国保連が保有している情報を用いて債権譲渡の有無に関して確認を行います。補助金交付過程において、その確認結果を都道府県に共有する必要があります。
国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込に使用することに同意する	はい	いいえ	同意いただける場合は、「はい」を選択して下さい。

債権譲渡されていない口座情報をご記載ください

金融機関名		金融機関 コード				支店名		支店コード			
預金種類 (フリガナ)					口座番号 (左詰め)						
取引口座名											

裏面へ続く (必ず裏面も記載してください)

【裏面】 事業計画書_医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援

新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業との重複について

「新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業」の
 支援金について申請しておらず、申請する予定もない

はい いいえ

該当する場合は、「はい」を選択して下さい。
 ※本事業と左記事業の補助は、重複して受けられませんので、ご注意ください。

事業費用

【新型コロナウイルス感染症に対応した感染拡大防止対策や診療体制確保等に要する費用】

対象期間（令和2年4月1日から令和3年3月31日）に、支出が予定されている各対象科目の費用について概算額を、ご記載ください。
 感染拡大防止対策に要する費用に限られず、院内等での感染拡大を防ぎながら地域で求められる医療を提供するための診療体制確保等に要する費用についても、幅広く補助の対象となります。
 ※ 令和2年4月1日から令和3年3月31日までにかかる費用が対象となりますので、支出済みの費用だけでなく、申請日以降に発生が見込まれる費用も合わせて、概算額で申請することも可能です。概算 額で申請した場合、事後に実績報告が必要となるため、領収書等の証拠書類を保管しておいてください。なお、実績報告において対象とならない経費が含まれていた場合など、概算で交付した額が交付すべき確定額を上回るときは、その上回る額を返還していただくこととなります。

科目		支出予定額（円）	収入予定額（円）
支出	賃金・報酬		
	謝金		
	会議費		
	旅費		
	需用費		
	役員費		
	委託料		
	使用料及び賃借料		
	備品購入費		
	b_合計支出予定額		
収入	c_上記支出に対する本補助金以外の寄付金・その他の収入		
d_合計支出予定額-収入予定額（円）（b-c）			
補助金交付申請額（円）（aとdのいずれか少ない額（1000円未満切捨））			

上記、「賃金・報酬」に従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は含まれていない

はい いいえ

従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は、本事業の対象外ですので、ご確認ください。

対象期間に支出が予定されている各科目の費用について、概算でご記載ください。
 各医療機関等からの申請は1回限りですので、対象となる可能性のある費用について、漏れのないようご注意ください。

【表面】 事業計画書 医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

施設概要

助産所コードのない助産所は「999999999」を入力してください

申請日	2020/7/31	医療機関等 コード (10桁)	1	3	3	4	5	6	7	8	9	0	施設名称	医療法人社団〇〇〇 △△△病院
-----	-----------	--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	-----------------

管理者職名	病院長	管理者氏名	〇〇〇〇
-------	-----	-------	------

連絡先	担当部署	担当者氏名	連絡先電話番号	連絡先メールアドレス
	〇〇部	〇〇〇〇	03-xxxx-xxxx	〇〇〇〇@〇〇.〇〇

所在地	郵便番号							都道府県名	市区町村以降
	1	2	3	-	4	5	6	7	東京都

施設類型について、該当するものに○してください。

※原則として令和2年4月1日現在の医療法上の許可病床数

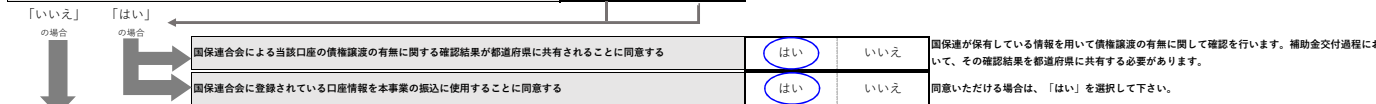
施設類型	<input checked="" type="checkbox"/> 病院 (医科、歯科)	許可病床数 [※] (病院のみ記載)	300	a_補助上限額 (円)	17,000,000	計算結果をご記載ください 2,000,000 + (50,000 × 病床数)
	<input type="checkbox"/> 有床診療所 (医科、歯科)				2,000,000	
	<input type="checkbox"/> 無床診療所 (医科、歯科)				1,000,000	
	<input type="checkbox"/> 薬局、訪問看護ステーション、助産所				700,000	

施設類型及び許可病床数に間違いがない	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	施設類型及び許可病床数に間違いがない場合は、左の欄で「はい」を選択して下さい。 ※間違いがありませぬ補助金額を超過して補助金が支払われた場合、超過分は返還対象となります。
--------------------	-------------------------------------	---------------------------	--

口座情報

以下の質問について、「はい」もしくは「いいえ」どちらかに○してください。

国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない。 (助産所コードのない助産所は、「いいえ」を選択してください)	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	債権譲渡されていない場合は、「はい」を選択して下さい。債権譲渡されている場合は、国保連に登録されている口座への補助金の振込ができませんので、債権譲渡されていない口座の情報を提出していただく必要があります。
---	-------------------------------------	---------------------------	--



債権譲渡されていない口座情報をご記載ください

金融機関名		金融機関 コード		支店名		支店コード	
預金種類	口座番号 (左詰め)						
(フリガナ)							
取引口座名							

裏面へ続く (必ず裏面も記載してください)

【裏面】 事業計画書_医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援

新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業との重複について

「新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業」の
 支援金について申請しておらず、申請する予定もない はい いいえ 該当する場合は、「はい」を選択して下さい。
 ※本事業と左記事業の補助は、重複して受けられませんので、ご注意ください。

事業費用

【新型コロナウイルス感染症に対応した感染拡大防止対策や診療体制確保等に要する費用】

対象期間（令和2年4月1日から令和3年3月31日）に、支出が予定されている各科目の費用について概算額を、ご記載ください。
 感染拡大防止対策に要する費用に限らず、院内等での感染拡大を防ぎながら地域で求められる医療を提供するための診療体制確保等に要する費用についても、幅広く補助の対象となります。
 ※ 令和2年4月1日から令和3年3月31日までにかかる費用が対象となりますので、支出済みの費用だけでなく、申請日以降に発生が見込まれる費用も合わせて、概算額で申請することも可能です。概算額で申請した場合、事後に実績報告が必要となるため、領収書等の証拠書類を保管しておいてください。なお、実績報告において対象とならない経費が含まれていた場合など、概算で交付した額が交付すべき確定額を上回るときは、その上回る額を返還していただくこととなります。

科目		支出予定額（円）	収入予定額（円）
支出	賃金・報酬	2,000,000	
	謝金	400,000	
	会議費	500,000	
	旅費	135,500	
	需用費	4,500,000	
	役務費	1,500,000	
	委託料	1,500,000	
	使用料及び賃借料	3,000,000	
	備品購入費	4,000,000	
	b_合計支出予定額	17,535,500	
収入	c_上記支出に対する本補助金以外の寄付金・その他の収入		0
d_合計支出予定額-収入予定額（円）（b-c）			17,535,500
補助金交付申請額（円）（aとdのいずれか少ない額（1000円未満切捨））			17,000,000

上記、「賃金・報酬」に従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は含まれていない はい いいえ 従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は、本事業の対象外ですので、ご注意ください。

対象期間に支出が予定されている各科目の費用について、概算でご記載ください。
 各医療機関等からの申請は1回限りですので、対象となる可能性のある費用について、漏れないようご注意ください。