**和歌山県新興感染症対応力強化事業補助金に係る確認書**

　和歌山県知事　様

　当医療機関は、「和歌山県新興感染症対応力強化事業補助金」を希望するにあたり、下記のとおり確認いたしました。

　なお、下記の事項が遵守されていないことが判明した場合には、補助金交付決定にあたって、その全部又は一部が内示されないことについても、何ら異議の申し立てを行いません。また、これにより生じた損害については、当方が一切の責任を負うものとします。

記

　[ ]  医療措置協定を締結済みである。

　[ ]  現時点で工事に着手をしていない。

　[ ]  現時点で工事に着手しておらず、また遅くとも令和7年２月末までに確実に工事が完成される。

　[ ]  計画書等の内容について、最終提出時から変更はない。→変更があれば直ちに報告を行うこと。

　[ ]  本件はあくまでも内示であり、内示後の着手は補助対象となりうる要件の一つにすぎず、交付決定(国要綱発出後の県要綱作成→交付申請→交付決定)とは異なるものであることを理解している。

　[ ]  今後発出される交付要綱等に記載の事項を遵守するとともに、必要な書類の提出期限について厳守する。

　[ ]  別添の募集要領及びＱ＆Ａに記載されている内容をすべて確認し、これから実施しようとしている補助事業の内容が補助対象となることを確認している。

　[ ]  今後国からＱ＆Ａの更新等がなされることがあった場合は、下記の【連絡先】に記入されたメールアドレス宛に周知するとともに、県ＨＰにも掲載することとされているため、遺漏なきよう確認を継続する。

　[ ]  本件保管庫整備をするに当たって、医療法、建築基準法等の各法令等で規定されている申請、届出等の手続きが必要であるかどうかを所管庁に対して確認しており、必要な場合は当該手続きを適正に行ったうえで着手する必要があることを理解している。

　[ ]  医療措置協定に記載している個人防護具を備蓄するのに必要な個人防護具保管庫の面積の積算を別添のとおり提出する。

　　　→本補助事業の趣旨・目的に照らし、個人防護具種類別の１箱の数量、箱数、箱のサイズ（縦・

横・高さ）等を明記するとともに、申請する面積が客観的かつ合理的に必要不可欠となることが分かるよう、平面図・立面図等により明示すること。

令和６年６月　日

　所在地

　名称

　代表者役職氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 部署名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

【連絡先】