

《概算交付申請チェック表》【ii. 申請時に事業が完了していない場合】

申請書類	確認事項
<p>①</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 交付申請書 </div>	<p>(記載内容) 申請者欄に記入及び押印、補助金申請額を記入、申請内容確認欄に☑を入れてください。 ※概算交付申請では、支払い完了予定日を記入してください。</p> <p>(確認事項) <input type="checkbox"/> 申請者の押印に漏れはないか。 <input type="checkbox"/> 補助金申請額は記載されているか。 <input type="checkbox"/> 申請内容確認欄の②に☑は入っているか。 <input type="checkbox"/> 法人の場合、住所地は法人の住所地になっているか。 <input type="checkbox"/> 個人事業主の場合、住所地は申請者の住所地になっているか。</p>
<p>②</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 事業実施計画書 </div>	<p>(記載内容) 記載要領に従い記入してください。 ※記載要領は県HP参照</p> <p>(確認事項) <input type="checkbox"/> 支出金額は「支出科目チェック表」と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 記載漏れはないか。(記載漏れがあれば、保存できません。)</p>
<p>③通帳の写し (口座が債権譲渡されている場合)</p>	<p><input type="checkbox"/> 事業実施計画書に記載した事項がすべて確認できるか。</p>
<p>④</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 支出科目チェック表 </div>	<p>(記載内容) 該当する経費に☑及び金額を記入してください。 表にないものはその他欄に記載し、別紙を添付してください。</p> <p>(確認事項) <input type="checkbox"/> 「事業実施計画書」に記載した対象経費額と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 支出科目チェック表の右上の(税込み・税抜き)のいずれかに○をしているか。</p>
<p>⑤</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 誓約書 </div>	<p>(記載内容) 該当するものに☑を入れ、申請者の記名押印又は署名を行ってください。 ※すべての項目に☑がある方が申請可能です。</p> <p>(確認事項) <input type="checkbox"/> 申請者の記名押印又は署名が漏れていないか。</p>
<p>⑥</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 役員名簿 </div>	<p>(記載内容) 法人の名称、役員の役職、氏名、生年月日を記入してください。</p> <p>(確認事項) <input type="checkbox"/> 氏名欄の「ふりがな」に記載漏れはないか。</p>

別記第1号様式（第4条関係）

医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業補助金交付申請書

番 号
令和 年 月 日

和歌山県知事 様

申請者

所在地 和歌山市小松原通1-1
名称 医療法人 ○○ △△病院
代表者役職氏名 病院長 ○○ ○○ 印

令和2年度において、標記の事業を実施したいので、補助金等 17,000,000 円の交付について、和歌山県補助金等交付規則第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、この申請に当たり同規則第5条の2に規定する補助金等の交付の除外要件に該当することが判明した場合又は同規則第10条第2項の規定に違反した場合には、同規則第17条に基づき補助金等の交付の決定の全部又は一部を取り消されても、何ら異議の申立てを行いません。

（申請内容確認欄）※以下のいずれかにチェックしてください。

- ①対象経費について、申請日時時点で全て支払い済である。→精算交付申請
- ②対象経費について、申請日以降に支払い予定である。→概算交付申請
（概算交付申請の場合：支払い完了予定日 令和 ○年 ○月 ○日）

関係書類

<u>精算</u> 交付申請	<u>概算</u> 交付申請
1、事業結果報告書（別記第1号様式）	1、事業実施計画書（別記第2号様式）
2、通帳の写し	2、支出科目チェック表
3、支出科目チェック表	3、誓約書
4、経費の精算根拠が確認できる書類	4、役員名簿（法人の場合）
5、写真（事業の実施が確認できるもの）	
6、誓約書	
7、役員名簿（法人の場合）	

事業実施計画書_医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

申請日 令和2年7月31日

水色セルすべてに入力をして下さい。

提出用ファイル 出力

全ての必須項目に記載いただき、こちらをクリックすると、このファイルの保存場所と同じフォルダに提出用ファイルが出力されます。(記載漏れ等があると提出用のファイル出力はできません)

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

医療機関等コード(10桁)	1	2	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		〇〇-XXXX-XXXX					
所在地		郵便番号		都道府県		市区町村以降		中央区日本橋〇-〇-〇				
施設類型(ビルダックも選択)	病院		許可病床数*	300		b. 補助上限額(基準額)	17,000,000					

病院のみ記載。その他の類型の場合は、灰色になります。

【自動計算】
施設類型と許可病床数から自動的に算出されます。
補助上限額
・病院；200万円+5万円×病床数
・有床診療所(医科・歯科)；200万円
・無床診療所(医科・歯科)；100万円
・薬局・訪問看護ステーション・助産所；70万円

施設類型及び許可病床数に間違いがないことを確認の上、「はい」を選択してください。「はい」を選択されていない場合は、申請できません。

施設類型及び許可病床数に間違いがない

はい

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

はい

国保連合会による当該口座の債権譲渡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

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

債権譲渡されている口座にはお振込できませんので、ご留意下さい。
登録されている口座が債権譲渡されている場合は、「はい」を選択した上で、表示される「口座記入欄」に債権譲渡されていない口座をご入力ください

上記の債権譲渡に関する確認欄で「はい」を選択した場合、表示されます。
国保連合会に登録されている口座について、国保連合会においても債権譲渡の有無の確認を行い、その結果が都道府県に共有されますので、同意される場合は「はい」を選択してください。

金融機関

金融機関名	コード	支店名	支店コード
預金種類 1: 普通 2: 当座 4: 貯蓄 (フリガナ)	口座番号(左詰め)		
取引口座名			

上記の債権譲渡に関する確認欄で「はい」を選択した場合、表示されます。
本事業は、原則として、国保連合会に登録されている口座に、国保連合会から振込をします。(国保連合会に登録されている口座が債権譲渡されている場合は、「口座記入欄」に入力された口座に、都道府県から振り込まれます。)

※なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみに用い、その他の目的で使用されることはありません。

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」の支援金の申請をしておらず、申請する予定もない

はい

国保連に登録されている口座が債権譲渡されている医療機関等もしくは助産所コードを有さない助産所が、上記の債権譲渡に関する確認欄で「はい」を選択した場合、「口座記入欄」が表示されますので、債権譲渡されていない口座をご入力ください。(入力された口座に、都道府県から振り込まれます。)

【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日までにかかると見込まれる費用だけでなく、申請日以後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(実績報告の際に領収書等の証拠書類が必要となります)。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場合は、その上回る額を返還していただくこととなります。

「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」の支援金と重複して、本事業の補助金は受けられませんので、両事業の対象となる医療機関はどちらの補助を受けるか検討の上、申請してください。

科目	支出予定額(円)	収入予定額(円)
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(総事業費)	17,535,500	
収入		0
c. 上記支出に対する主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円未満は切り捨て	17,000,000	

各科目に該当する費用について、例えば、以下のようなものが考えられます。
(あくまで例であり、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、幅広く補助の対象経費となります。ただし、「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」は対象外です。)
・賃金・報酬；感染防止対策を実施する者を新規に雇用した際の賃金 等
・謝金；感染拡大防止の勉強会を実施するための講師謝金 等
・会議費；感染拡大防止の勉強会のための会場費 等
・旅費；感染拡大防止研修のための医師派遣にかかる旅費 等
・需用費；消耗品(マスクや消毒用アルコール等)費 等
・役務費；職員に感染に係る保険料 等
・委託料；施設内の清掃委託、洗濯委託、消毒委託、検査委託、感染性廃棄物処理委託、レイアウト変更のための委託費用 等
・使用料及び賃借料；寝具リース料 等
・備品購入費；HEPAフィルター付き空気清浄機の購入費 等

【自動計算】
上記の支出に対して、本補助金以外の寄付金やその他の収入を用いる場合はその金額を、用いない場合は「0」円をご入力ください。
なお、ここに金額が記載された場合は、合計支出予定額からその額を差し引いた額が、補助の対象費用になります。

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、本事業の対象外ですので、ご記載ください。

はい

**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、漏れのないようにご注意ください。**

【自動計算】
本補助金以外の寄付金やその他の収入が本事業の支出に対して用いられる場合は、その額を差し引いた額が、補助の対象となります。
なお、この額が補助上限額よりも大きな額になっても差し支えありません。

【自動計算】
補助金交付申請額は、「a_ 補助上限額(円)」と「d_ 合計支出予定額-収入予定額(円)」のどちらか少ない額となります。

《事業実施計画書記載要領（電子媒体で提出する場合）》：概算交付申請

1 申請書・事業実施計画書（エクセルファイル）への入力

エクセルファイルの申請書等について、各医療機関等で入力いただくのは「様式 2-1 事業実施計画書」のシートのみです。「様式 2-1 事業実施計画書」のシートの「必須項目」を入力いただくと、「様式 1 申請書」と国保連及び都道府県が情報管理のために用いる「様式 3 申請概要」に必要事項が自動的に転記されます。

「様式 2-1 事業実施計画書」のシート内の水色のセルが各医療機関等にいただく「必須項目」です。「必須項目」に入力もれがあると、保存及び提出用のファイル出力ができない設定になっておりますので、漏れなく入力するようお願いいたします。

※ファイルを入力する際、必ずマクロを有効にしてください。

東京 0

【必須項目】

- ① 都道府県名
- ① 申請日
- ② 医療機関等コード
- ③ 施設名称^{*4}
- ④ 管理者職名
- ⑤ 管理者氏名
- ⑥ 連絡先
- ⑦ 所在地^{*4}
- ⑧ 施設類型
- ⑨ 許可病床数
- ⑩ 補助上限額
- ⑪ 施設情報に関する確認
- ⑫ 口座情報に関する確認
 - ・ 債権譲渡の有無（回答により以下が変わります）
 - ・ （都道府県への情報共有）
 - ・ （口座利用の同意）
 - ・ （口座情報）
- ⑬ 他の補助事業に関する確認
- ⑭ 支出予定額
- ⑮ 収入予定額
- ⑯ 補助金交付申請額
- ⑰ 支出予定に関する確認

様式2-1（「様式2-2」は、紙申請用であり、どちらか一方を提出） オンライン請求システム・WEB受付申請システム・電子媒体(CD-R)申請用

事業実施計画書 医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

申請日 令和2年7月31日 (入力欄) 印刷・提出用 / 印刷・提出用 / 印刷・提出用 / 印刷・提出用

施設概要

施設所コードを有さない施設等は「999999999」を入力してください

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 〇〇〇〇 担当氏名 〇〇〇〇 連絡先電話番号 03-xxxx-xxxx 連絡先メールアドレス 〇〇〇〇@〇〇〇〇

所在地 郵便番号 都道府県 市区町村以降

1 2 3 - 4 5 6 7 東京都 中央区日本橋〇-〇-〇

施設類型(ブルダックから選択) 病棟(志科) 許可病床数(国保連の届出) 300 a.補助上限額(法庫額) 17,000,000

施設類型及び許可病床数に間違いがない はい

口座情報

国保連会に登録されている口座は連携済ではない はい

国保連会による当該口座の連携済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

国保連会に登録されている口座情報を本事業の申込に使用することに同意する はい

※なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみに用い、その他の目的で使用されることはありません。

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」の支援金の申請をし はい

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設備整備等に要する費用】

対象期間(令和2年4月1日から令和3年3月31日)に、支那が予定されている各科目の費用について精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要する費用は、院内等での感染拡大防止が地域で求められる医療を提供するための設備整備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日までの期間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予定さ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、実績報告の提出を保留しておいてください(実績報告の際に実績報告の提出が必要となります)。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額を超過する場合は、その超過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)
資金・報酬	2,000,000	
謝金	400,000	
会議費	500,000	
旅費	135,500	
雑費	4,500,000	
設備費	1,500,000	
委託料	1,800,000	
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(総事業費)	17,535,500	
c.上記支出に対する差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-d)(必ずしも少ない額) (1,000円未満は切り上げ)		17,000,000

上記、資金・報酬に医療従事者に対する給与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

※4 医療機関等コードを入力すると、③施設名称及び⑦所在地が自動で表示されます。(令和2年6月1日時点の厚生局に届出されている情報)

【⑩ 都道府県名】

エクセルファイルの申請書は、都道府県ごとに異なっているので所在地の都道府県名が記載されていることを確認した上で、入力してください。

【① 申請日】

記入を完了して、申請書等を提出する日を入力してください。

ここで入力した日付が、「様式1 申請書」の申請日に自動転記されますので、ご注意ください。

申請日	令和2年7月31日
-----	-----------

【② 医療機関等コード】

都道府県番号2桁、点数表番号1桁、郡市区番号2桁、医療機関等番号4桁、検証番号1桁の算用数字を組み合わせた計10桁の医療機関等コードを入力してください。
(助産所コードを有さない助産所は「9999999999」を入力してください)

医療機関等 コード (10桁)	1	3	3	4	5	6	7	8	9	0
	都道府県 番号		点数表 番号	郡市区 番号		医療機関等 番号				検証 番号

(参考) 別紙 都道府県番号一覧及び点数表番号一覧

【③ 施設名称】

② 医療機関等コードを入力すると、厚生局に令和2年6月1日時点で届出されている施設名称が自動で表示されます(助産所を除く)ので、自動で表示された施設名称に間違いがないか確認してください。

施設名称	医療法人社団〇〇〇 △△△病院
------	-----------------

なお、届出されていない医療機関等コードが入力された場合は、以下の注意が表示されますので、医療機関コードに間違いがないか確認の上、間違いがなければ、施設名称を手入力してください。

施設名称	自動表示されない場合は、番号をご確認下さい。それでも自動表示されない(または変更がある)場合は、手入力して下さい。
------	---

また、助産所及び令和2年6月1日以降に開設された医療機関等や医療機関等コードが更新された医療機関等は、正しい施設名称が自動表示されませんので、手入力してください。

【④ 管理者職名】・【⑤ 管理者氏名】

管理者の職名及び氏名を入力してください。ここで入力された管理者の情報が「様式1申請書」の代表者として自動転記されますので、ご留意ください。

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

【⑥ 連絡先】

申請内容に疑義や不備等があった場合に、確認させていただく際の連絡先をご入力ください。

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

【⑦ 所在地】

② 医療機関等コードを入力すると、厚生局に令和2年6月1日時点で届出されている所在地が自動で表示されます（助産所を除く）ので、自動で表示された所在地に間違いがないか確認してください。

なお、助産所及び令和2年6月1日以降に開設された医療機関等や医療機関等コードが更新された医療機関等は、正しい所在地が自動表示されませんので、手入力してください。

所在地	郵便番号							都道府県	市区町村以降	
	1	2	3	-	4	5	6	7		
				-					東京都	中央区日本橋〇-〇-〇

【⑧ 施設類型】

本事業では、施設類型によって⑩ 補助上限額が異なりますので、プルダウンより、該当する施設類型を選択してください。

(病院(医科)/病院(歯科)/有床診療所(医科)/有床診療所(歯科)/無床診療所(医科)/無床診療所(歯科)/薬局/訪問看護ステーション/助産所)

【⑨ 許可病床数】

⑧ 施設類型において「病院(医科)」もしくは「病院(歯科)」を選択した場合のみ、入力する「必須項目」となります。令和2年4月1日時点の許可病床数*を入力してください。

なお、令和2年4月1日以降に増床や新規開院をされた場合は、申請日の許可病床数を

入力してください。

※ 一般病床、療養病床、精神病床、感染症病床、結核病床の許可病床数の合計

許可病床数※ (病院のみ記載)	300
--------------------	-----

※ 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

【⑩ 補助上限額】

⑧ 施設類型及び⑨ 許可病床数（病院の場合のみ）により、補助上限額が自動計算で算出・入力されますので、ご確認ください。各医療機関等の補助上限額は以下のとおりです。

施設類型	補助上限額
病院（医科、歯科）	200万円+5万円×病床数
有床診療所（医科、歯科）	200万円
無床診療所（医科、歯科）	100万円
薬局、訪問看護ステーション、助産所	70万円

【⑪ 施設情報に関する確認】

⑧ 施設類型及び⑨ 許可病床数（病院の場合のみ）に間違いがないことを確認し、「はい」を選択してください。（「はい」が選択されない場合、ファイルの保存及び提出用ファイルの出力ができない設定になっております。）

なお、記載に間違いがあり、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。

施設類型及び許可病床数に間違いがない	はい
--------------------	----

【⑫ 口座情報に関する確認】

本事業では、国保連のシステムを活用した補助金の振込みを予定しておりますので、診療報酬の振込用に国保連に登録されている口座の状況について、ご入力ください。

なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみに用い、その他の目的で使用されることはありません。

- 国保連に登録されている口座の債権譲渡の有無（以下の（1）又は（2）を選択）

（1）国保連に登録されている口座が債権譲渡されていない場合は、「はい」を選択してください。「はい」を選択すると、以下の2つの同意欄が表示されます。どちらか一方でも同意されない場合は、国保連のシステムを活用した補助金の振込みができなくなります。

ア「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への同意欄」

- 補助対象ではない債権譲渡先に補助金が渡ることを避けるため、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されることについて同意される場合は、「はい」を選択してください。

イ「国保連に登録されている口座情報を本事業の振込みに使用することへの同意欄」

- 診療報酬の振込用に国保連に登録されている口座情報を、本事業の振込みに使用することについて同意される場合は、「はい」を選択してください。

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	はい	「はい」を選択すると、2つの同意欄が表示されます。
国保連合会による当該口座の債権譲渡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	
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	

(2) 国保連に登録されている口座が債権譲渡されている場合又は助産所コードを有していない助産所は、「いいえ」を選択してください。「いいえ」を選択すると、口座情報を入力する欄が表示されます。国保連に登録されている口座が債権譲渡されている場合は、国保連のシステムでの振込みができないため、債権譲渡されていない口座の情報をご入力ください。なお、その場合、本補助金の振込みは都道府県から行われることになります。

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	いいえ	「いいえ」を選択すると、口座情報記入欄が表示されます	
金融機関名	金融機関コード		支店名
預金種類 1:普通 2:当座 4:貯蓄 (フリガナ)	口座番号 (左詰め)		
取引口座名			

「債権譲渡されていない口座の情報を記載してください」

【⑬ 他の補助事業に関する確認】

「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」の支援金と重複して、本事業の補助金を受けることはできません。

「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」の支援金の申請をしておらず、申請する予定もない	はい
--	----

(参考)「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

- 対象医療機関 新型コロナ疑い患者の診療を行う救急・周産期・小児医療機関
- 支援金の額

- ・以下の額を上限として実費を補助
 - 99床以下 2000万円
 - 100床以上 3000万円
 - 100床ごとに 1000万円を追加
- ・新型コロナ患者の入院受入れ医療機関に対する上記の額への加算 1000万円

【14 支出予定額】 / 【15 収入予定額】 / 【16 補助金交付申請額】

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、ご入力ください。

科目		支出予定額（円）	収入
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） <small>（1000円未満切捨）</small>		17,000,000	

【14 支出予定額】
対象期間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。

支出予定額の合計が補助金交付申請額を超えても差し支えありません。（都道府県の審査において、一部補助対象と認められなかった場合なども考慮してください）

【15 収入予定額】
上記の費用に対して、本補助金以外の寄付金やその他の収入を用いる場合はその金額を、用いない場合は「0」円をご記載下さい。なお、合計支出予定額からこちらの額を差し引いた額が補助の対象費用になります。

【16 補助金交付申請額】
「a_補助上限額（円）」と「d_合計支出予定額-収入予定額（円）」のどちらか少ない額となります。（自動計算）

各対象科目に該当する費用については、例えば、以下のようなものが考えられます。あくまで例であり、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、幅広く補助の対象経費となります。

ただし、「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」は対象外です。

- ・賃金・報酬；感染防止対策を実施する者を新規に雇用した際の賃金 等
- ・謝金；感染拡大防止の勉強会を実施するための講師謝金 等
- ・会議費；感染拡大防止の勉強会のための会場費 等
- ・旅費；感染拡大防止研修のための医師派遣にかかる旅費 等
- ・需用費；消耗品（マスクや消毒用アルコール等）費 等

- ・ 役務費；職員の感染に係る保険料 等
- ・ 委託料；施設内の清掃委託、洗濯委託、消毒委託、検査委託、感染性廃棄物処理委託、レイアウト変更のための委託費用 等
- ・ 使用料及び賃借料；寝具リース料 等
- ・ 備品購入費；HEPA フィルター付き空気清浄機の購入費 等

【⑰ 支出予定に関する確認】

⑭ 支出予定額の「賃金・報酬」に、本事業の対象とはならない「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」が含まれていないことの確認です。こちらが、「はい」にならないとファイルの保存及び提出用ファイルの出力ができない設定になっております。

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
--	----

2 申請書・申請概要（エクセルファイル）の確認

「様式 2-1 事業実施計画書」のシートの「必須項目」に入力いただくと、「様式 1 申請書」と国保連及び都道府県が情報管理のために用いる「様式 3 申請概要」に必要な事項が自動的に転記されます。「様式 1 申請書」及び「様式 3 申請概要」について、以下に間違いがないか確認してください。

【申請書】

- ・ 申請日
- ・ 宛名（医療機関等の所在地の都道府県知事）
- ・ 所在地/施設名/代表者名
- ・ 申請額

【申請概要】

- ・ 施設名称
- ・ 医療機関等コード
- ・ 郵便番号/所在地/電話番号
- ・ 補助金交付申請額

(申請書)

令和2年7月31日

東京都知事 殿

東京都中央区日本橋〇-〇-〇
医療法人社団〇〇〇 △△△病院
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の支援）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の支援）に関する事業実施計画書

(申請概要)

様式3 申請概要_医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業							
施設名称	医療機関等コード	郵便番号	所在地	電話番号	補助金交付申請額(円)	【都道府県記載欄】 補助金概算交付額(円)	事業計画書における 国保連取扱 不可事由
医療法人社団〇〇〇 △△△病院	1334567890	123-4567	東京都中央区日本橋〇-〇-〇	03-xxxx-xxxx	17,000,000	17,000,000	無

3 提出用ファイルの出力（エクセルファイル）

エクセルファイルの申請書等について、入力用のファイルのままでは、国保連で受付できませんので、提出用のファイルを出力する必要があります。「様式 2-1 事業実施計画書」のすべての「必須項目」について、漏れなく入力されたことを確認の上、「様式 2-1 事業実施計画書」にあるファイル出力ボタンをクリックしてください。入力用のファイルと同じフォルダに、提出用のファイル（ファイル名；提出用_支援事業_医療機関等コード（10桁

）_作成日（yyyymmdd）.xlsx）が出力されます。

○ファイル出力ボタン；

提出用ファイル 出力

4 申請書等の提出（エクセルファイル）

（国保連が作成したマニュアルをご確認ください）

5 コールセンター

厚生労働省医政局において新型コロナ緊急包括支援交付金（医療分）に関するコールセンターを開設しています。

○ 厚生労働省医政局 新型コロナ緊急包括支援交付金コールセンター

・電話番号 03-3595-3317

・受付時間 平日の9時30分～18時

医療機関コード；都道府県番号一覧

都道府県	コード	都道府県	コード	都道府県	コード
北海道	01	石川県	17	岡山県	33
青森県	02	福井県	18	広島県	34
岩手県	03	山梨県	19	山口県	35
宮城県	04	長野県	20	徳島県	36
秋田県	05	岐阜県	21	香川県	37
山形県	06	静岡県	22	愛媛県	38
福島県	07	愛知県	23	高知県	39
茨城県	08	三重県	24	福岡県	40
栃木県	09	滋賀県	25	佐賀県	41
群馬県	10	京都府	26	長崎県	42
埼玉県	11	大阪府	27	熊本県	43
千葉県	12	兵庫県	28	大分県	44
東京都	13	奈良県	29	宮崎県	45
神奈川県	14	和歌山県	30	鹿児島県	46
新潟県	15	鳥取県	31	沖縄県	47
富山県	16	島根県	32		

医療機関コード；点数表番号一覧

点数表	コード
助産所	0
医科	1
歯科	3
調剤	4
訪問看護	6

【表面】 事業実施計画書_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			中央区日本橋〇-〇-〇		

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)	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)
	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。

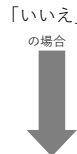
口座情報

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。
(助産所コードのない助産所は、「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	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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】 事業実施計画書_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（実績報告の際に領収書等の証拠書類が必要となります）。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時は、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。

《事業実施計画書記載要領（電子媒体で申請できない場合）》：概算交付申請

1 紙媒体の申請書等の記載・提出方法

①「オンライン請求システム」、②「WEB 申請受付システム」、③「電子媒体 (CD-R 等)」による申請ができない医療機関等は、④「紙媒体」の申請書等での申請となります。

2 申請書・事業実施計画書（紙媒体）の記載

「様式 1 申請書」と「様式 2-2 事業実施計画書」を記載して、提出する必要があります。

3 事業実施計画書（紙媒体）の記載

「様式 2-2 事業実施計画書」を記載する過程で補助金交付申請額が計算されますので、「様式 2-2 事業実施計画書」を記載された後に、「様式 1 申請書」を記載してください。

【記載必須項目】

- ① 申請日
- ② 医療機関等コード
- ③ 施設名称
- ④ 管理者職名
- ⑤ 管理者氏名
- ⑥ 連絡先
- ⑦ 所在地
- ⑧ 施設類型
- ⑨ 許可病床数
- ⑩ 補助上限額
- ⑪ 施設情報に関する確認
- ⑫ 口座情報に関する確認
- ・ 債権譲渡の有無
- ・ 都道府県への情報共有
- ・ 口座利用の同意
- ・ 口座情報
- ⑬ 他の補助事業に関する確認
- ⑭ 支出予定額
- ⑮ 収入予定額
- ⑯ 補助金交付申請額
- ⑰ 支出予定に関する確認

表面

裏面

【① 申請日】

記載を完了して、申請書等を提出する日を記載してください

申請日	2020/7/31
-----	-----------

青字；記載例

【② 医療機関等コード】

都道府県番号 2桁、点数表番号 1桁、郡市区番号 2桁、医療機関等番号 4桁、検証番号 1桁の算用数字を組み合わせた計 10桁の医療機関等コードを記載してください。

(助産所コードを有さない助産所は「9999999999」を記載してください)

医療機関等 コード (10桁)	1	3	3	4	5	6	7	8	9	0
	都道府県 番号		点数表 番号	郡市区 番号		医療機関等 番号				検証 番号

(参考) 別紙 都道府県番号一覧及び点数表番号一覧

【③ 施設名称】

申請する医療機関等の施設名称を記載してください。

施設名称	医療法人社団〇〇〇 △△△病院
------	-----------------

【④ 管理者職名】・【⑤ 管理者氏名】

申請する医療機関等の管理者の職名及び氏名を記載してください。

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

【⑥ 連絡先】

申請内容に疑義や不備等があった場合に、確認させていただく際の連絡先をご記載ください。

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	03-xxxx-xxxx	〇〇〇〇@〇〇.〇〇

【⑦ 所在地】

申請する医療機関等の郵便番号・都道府県・市区町村以降をご記載ください。

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

【⑧ 施設類型】

本事業では、施設類型によって⑩ 補助上限額が異なりますので、該当する施設類型に○をつけてください。

施設類型	<input checked="" type="radio"/> 病院（医科、歯科）
	<input type="radio"/> 有床診療所（医科、歯科）
	<input type="radio"/> 無床診療所（医科、歯科）
	<input type="radio"/> 薬局、訪問看護ステーション、助産所

【⑨ 許可病床数】

⑧ 施設類型において「病院」を選択した場合のみ、「記載必須項目」となります。令和2年4月1日時点の許可病床数※を記載してください。

なお、令和2年4月1日以降に増床や新規開院をされた場合は、申請日の許可病床数を記載してください。

※ 一般病床、療養病床、精神病床、感染症病床、結核病床の許可病床数の合計

※ 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

許可病床数※ (病院のみ記載)	300
--------------------	-----

【⑩ 補助上限額】

⑧ 施設類型及び⑨ 許可病床数（病院の場合のみ）により、補助上限額が異なります。「病院」の場合は、「200万円+5万円×病床数」により補助上限額を計算して記載してください。「有床診療所（医科、歯科）」「無床診療所（医科、歯科）」「薬局、訪問看護ステーション、助産所」の場合は、該当する額に○をつけてください。

a_補助上限額（円）	<input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 2,000,000	
	<input type="radio"/> 1,000,000	
	<input type="radio"/> 700,000	

【⑪ 施設情報に関する確認】

⑧ 施設類型及び⑨ 許可病床数(病院の場合のみ)に間違いがないことを確認し、「はい」を選択してください。

なお、記載に間違いがあり、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。

施設類型及び許可病床数に間違いがない	はい	いいえ
--------------------	----	-----

【⑫ 口座情報に関する確認】

本事業では、国保連のシステムを活用した補助金の振込みを予定しておりますので、診療報酬の振込用に国保連に登録されている口座の状況について、ご記入ください。

なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみに用い、その他の目的で使用されることはありません。

- 国保連に登録されている口座の債権譲渡の有無(以下の(1)又は(2)を選択)

(1) 国保連に登録されている口座が債権譲渡されていない場合は、「はい」を選択してください。「はい」を選択された場合は、以下の2点に関する同意欄にご記入ください。どちらか一方でも同意されない場合は、国保連のシステムを活用した補助金の振込みができなくなります。

ア「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への同意欄」

- ・ 補助対象ではない債権譲渡先に補助金が渡ることを避けるため、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されることについて同意される場合は、「はい」を選択してください。

イ「国保連に登録されている口座情報を本事業の振込みに使用することへの同意欄」

- ・ 診療報酬の振込用に国保連に登録されている口座情報を、本事業の振込みに使用することについて同意される場合は、「はい」を選択してください。

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)	はい	いいえ
---	----	-----

「はい」の場合

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
国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込みに使用することに同意する	はい	いいえ

(2) 国保連に登録されている口座が債権譲渡されている場合は、「いいえ」を選択してください。国連に登録されている口座が債権譲渡されている場合は、国保連のシステムでの振込みができないため、「いいえ」を選択された場合は、債権譲渡されていない口座の情報をご記載ください。なお、その場合、本補助金の振込みは都道府県から行われることとなります。

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									

【13 他の補助事業に関する確認】

「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」の支援金と重複して、本事業の補助金を受けることはできません。「いいえ」を選択した場合は、本事業の補助金は受けられません。

「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	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
--	-------------------------------------	---------------------------

(参考) 「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

- 対象医療機関 新型コロナ疑い患者の診療を行う救急・周産期・小児医療機関
- 支援金の額
 - ・以下の額を上限として実費を補助
 - 99床以下 2000万円
 - 100床以上 3000万円
 - 100床ごとに 1000万円を追加
 - ・新型コロナ患者の入院受入れ医療機関に対する上記の額への加算 1000万円

【14 支出予定額】 / 【15 収入予定額】 / 【16 補助金交付申請額】

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、ご入力ください。

科目		支出予定額 (円)	収入
支出	賃金・報酬	2,000.00	
	謝金	400.00	
	会議費	500.00	
	旅費	135.50	
	需用費	4,500.00	
	役務費	1,500.00	
	委託料	1,500.00	
	使用料及び賃借料	3,000.00	
	備品購入費	4,000.00	
	b_合計支出予定額	17,535.50	
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)			17,535.50
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)			17,000.00

【14 支出予定額】
対象期間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。

支出予定額の合計が補助金交付申請額を超えても差し支えありません。(都道府県の審査において、一部補助対象と認められなかった場合なども考慮してください)

【16 補助金交付申請額】
「a_補助上限額 (円)」と「d_合計支出予定額-収入予定額 (円)」のどちらか少ない額となります。

【15 収入予定額】
上記の費用に対して、本補助金以外の寄付金やその他の収入を用いる場合はその金額を、用いない場合は「0」円をご記載下さい。なお、合計支出予定額からこちらの額を差し引いた額が補助の対象費用になります。

各対象科目に該当する費用については、例えば、以下のようなものが考えられます。あくまで例であり、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、幅広く補助の対象経費となります。

ただし、「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」は対象外です。

- ・賃金・報酬；感染防止対策を実施する者を新規に雇用した際の賃金 等
- ・謝金；感染拡大防止の勉強会を実施するための講師謝金 等
- ・会議費；感染拡大防止の勉強会のための会場費 等
- ・旅費；感染拡大防止研修のための医師派遣にかかる旅費 等
- ・需用費；消耗品（マスクや消毒用アルコール等）費 等
- ・役務費；職員の感染に係る保険料 等
- ・委託料；施設内の清掃委託、洗濯委託、消毒委託、検査委託、感染性廃棄物処理委託、レイアウト変更のための委託費用 等
- ・使用料及び賃借料；寝具リース料 等
- ・備品購入費；HEPA フィルター付き空気清浄機の購入費 等

【⑰ 支出予定に関する確認】

⑭ 支出予定額の「賃金・報酬」に、本事業の対象とはならない「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」が含まれていないことの確認です。含まれていないことを確認した場合は、「はい」を選択してください。

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
--	----	-----

4 申請書（紙媒体）の記載

「様式 1 申請書」の「記載必須項目」について、記載してください。

【記載必須項目】

- ① 申請日
- ② 宛先（医療機関等の所在地の都道府県知事）
- ③ 所在地/施設名/代表者名
- ④ 申請額※

※「様式 2-2 事業実施計画書」で計算された⑯補助金交付申請額をご記載ください。

5 申請書等の提出（紙媒体）

（国保連が作成したマニュアルをご確認ください）

6 コールセンター

厚生労働省医政局において新型コロナ緊急包括支援交付金（医療分）に関するコールセンターを開設しています。

- 厚生労働省医政局 新型コロナ緊急包括支援交付金コールセンター
 - ・ 電話番号 03-3595-3317
 - ・ 受付時間 平日の9時30分～18時

医療機関コード；都道府県番号一覧

都道府県	コード	都道府県	コード	都道府県	コード
北海道	01	石川県	17	岡山県	33
青森県	02	福井県	18	広島県	34
岩手県	03	山梨県	19	山口県	35
宮城県	04	長野県	20	徳島県	36
秋田県	05	岐阜県	21	香川県	37
山形県	06	静岡県	22	愛媛県	38
福島県	07	愛知県	23	高知県	39
茨城県	08	三重県	24	福岡県	40
栃木県	09	滋賀県	25	佐賀県	41
群馬県	10	京都府	26	長崎県	42
埼玉県	11	大阪府	27	熊本県	43
千葉県	12	兵庫県	28	大分県	44
東京都	13	奈良県	29	宮崎県	45
神奈川県	14	和歌山県	30	鹿児島県	46
新潟県	15	鳥取県	31	沖縄県	47
富山県	16	島根県	32		

医療機関コード；点数表番号一覧

点数表	コード
助産所	0
医科	1
歯科	3
調剤	4
訪問看護	6

「医療機関・薬局等における

感染拡大防止等支援事業」

医療機関等の申請マニュアル

～概算交付申請用（国保連提出分）～

<目次>

1. 申請方法の確認
2. 申請書等の提出方法
 - 2.1 「オンライン請求システム」による申請書等の提出（エクセルファイル）
 - 2.2 「Web 申請受付システム」による申請書等の提出（エクセルファイル）
 - 2.2.1 利用者登録
 - 2.2.2 申請書等のファイル提出（エクセルファイル）
 - 2.3 電子媒体（CD-R 等）による申請書等の提出（エクセルファイル）
 - 2.4 紙媒体での申請書等の提出方法

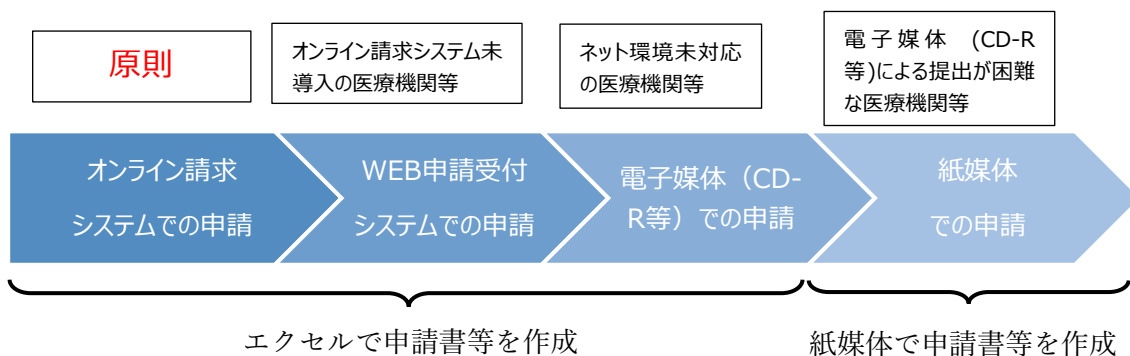
1. 申請方法の確認

「オンライン請求システム」やインターネット環境への対応状況によって、申請方法が異なりますので、まずは自医療機関等の申請方法をご確認ください。

原則として、国保連の①「オンライン請求システム」（医療機関等が毎月の診療報酬請求事務で使用しているシステム）により申請してください。

「オンライン請求システム」未導入の医療機関等は、本事業専用の②「WEB 申請受付システム」により申請してください。

なお、インターネット環境に対応していない医療機関等は、③「電子媒体(CD-R等)」により国保連に郵送することも可能です（電子媒体による提出も困難な場合は、④「紙媒体」を国保連に郵送）。



2. 申請書等の提出方法

申請書等について、国保連の受付開始は、以下の予定です。

- ・「オンライン請求システム」は、7月20日から受付開始
- ・「WEB 申請受付システム」は、7月25日から受付開始

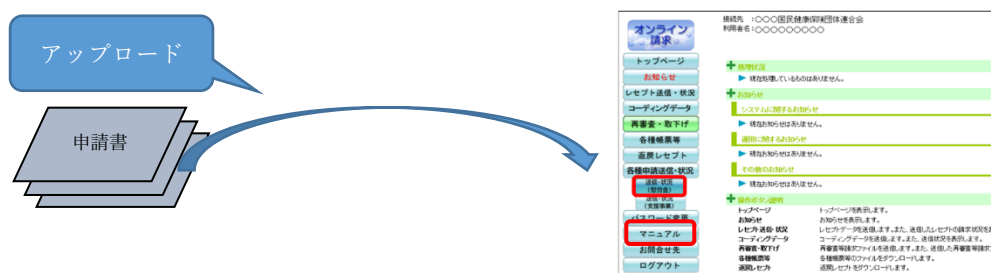
また、8月以降の申請書等の受付期間は、毎月15日から月末までとなります（最終受付締切は、令和3年2月末の予定）。

なお、医療機関等への補助金の振込みは、最速で、国保連における申請書等の受付の翌月下旬となる予定です。

2.1 「オンライン請求システム」による申請書等の提出（エクセルファイル）

診療報酬請求事務で使っている「オンライン請求システム」に、診療報酬請求で使用している ID・パスワードによりログインし、本事業の申請画面にアクセスしていただき、国保連用に出力された提出用のファイルを取り込んでください。

なお、毎月 1-14 日は、受付できませんのでご注意ください。



※操作方法は、マニュアルをご確認ください。

コロナ慰労金及び支援事業 オンライン申請ヘルプデスク

電話番号：0120-041-422

<ヘルプデスク対応日時>

令和2年7月：20日（月）～31日（金） 8:00～21:00（土日祝日含む）
令和2年8月：17日（月）～31日（月） 8:00～21:00（土日祝日除く）
令和2年9月：15日（火）～30日（水） 8:00～17:00（土日祝日除く）
令和2年10月：15日（木）～30日（金） 8:00～17:00（土日祝日除く）
令和2年11月：16日（月）～30日（月） 8:00～17:00（土日祝日除く）

<申請期間>

令和2年7月：20日（月）～31日（金）
令和2年8月：15日（土）～31日（月）
令和2年9月：15日（火）～30日（水）
令和2年10月：15日（木）～31日（土）
令和2年11月：15日（日）～30日（月）
令和2年12月：15日（火）～28日（月）
令和3年1月：15日（金）～31日（日）
令和3年2月：15日（月）～28日（日）

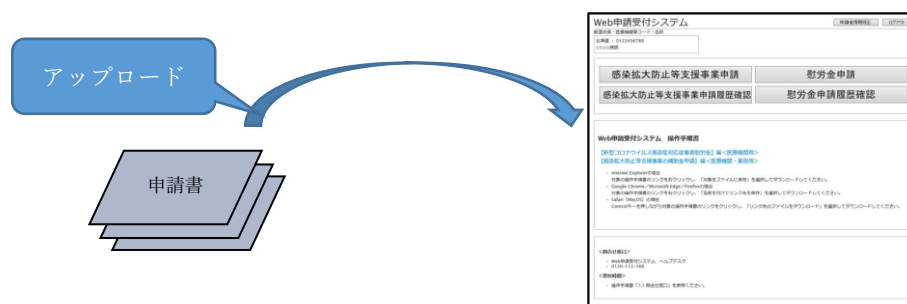
2.2 「WEB 申請受付システム」による申請書等の提出（エクセルファイル）

2.2.1 利用者登録

本事業専用の「WEB 申請受付システム」にアクセスし、メールアドレスを登録して、仮パスワードが送付された後、利用者登録を行ってください。

2.2.2 申請書等のファイル提出（エクセルファイル）

「WEB 申請受付システム」にアクセスし、国保連用に出力された提出用のファイルを取り込んでください。



WEB 申請受付システム URL（和歌山県用）

<https://reg34.smp.ne.jp/regist/switch/00002G0001dcDAPWda/PreRegistration>

または

<https://reg34.smp.ne.jp/regist/switch/00002G0001dEC9Umi8/PreRegistration>

Web 申請受付システム ヘルプデスク

電話番号：0120-112-166

<ヘルプデスク対応日時>

令和2年7月：25日（土）～31日（金） 8:00～21:00（土日祝日含む）
令和2年8月：17日（月）～31日（月） 8:00～21:00（土日祝日除く）
令和2年9月：15日（火）～30日（水） 8:00～17:00（土日祝日除く）
令和2年10月：15日（木）～30日（金） 8:00～17:00（土日祝日除く）
令和2年11月：16日（月）～30日（月） 8:00～17:00（土日祝日除く）
令和2年12月：15日（火）～28日（月） 8:00～17:00（土日祝日除く）
令和3年1月：15日（金）～29日（金） 8:00～17:00（土日祝日除く）
令和3年2月：15日（月）～26日（金） 8:00～17:00（土日祝日除く）

<申請期間>

令和2年7月：25日（土）～31日（金）08：00～21：00（土日祝日含む）

令和2年8月：15日（土）～31日（月）08：00～21：00（土日祝日含む）

令和2年9月：15日（火）～30日（水）08：00～21：00（土日祝日含む）

令和2年10月：15日（木）～31日（土）08：00～21：00（土日祝日含む）

令和2年11月：15日（日）～30日（月）08：00～21：00（土日祝日含む）

令和2年12月：15日（火）～28日（月）08：00～21：00（土日祝日含む）

令和3年1月：15日（金）～31日（日）08：00～21：00（土日祝日含む）

令和3年2月：15日（月）～28日（日）08：00～21：00（土日祝日含む）

2.3 電子媒体（CD-R等）による申請書等の提出（エクセルファイル）

国保連用に出力された提出用のファイルを、CD-R等の電子媒体に格納し、国保連に郵送してください。

電子媒体（CD-R等）で国保連に郵送する際には、以下に注意してください。

- ・ 診療報酬請求のファイルとは、必ず別々の電子媒体（CD-R等）で提出してください。
- ・ 電子媒体（CD-R等）に、油性マジック等で「医療・感染拡大防止等支援事業」と記載した上で、「医療機関等コード」と「医療機関等名」を記載してください。
- ・ 送付用の封筒の表面に「緊急包括支援交付金申請書 在中」と朱書きするなどしてください。

(CD-R等)



(封筒)



【郵送先】

〒640-8137

和歌山市吹上二丁目1番22号（日赤会館内）5階

和歌山県国民健康保険団体連合会

交付事業事務局

T E L : 073-427-4666

2.4 紙媒体での申請書等の提出方法

1の①「オンライン請求システム」、②「WEB申請受付システム」、③「電子媒体（CD-R等）」による申請ができない医療機関等は、④「紙媒体」の申請書等での申請となります。

記載した「様式1 申請書」と「様式2-2 事業計画書」を同封して、国保連に郵送してください。申請書等の最終受付締切は、令和3年2月末の予定。

送付用の封筒の表面に「緊急包括支援交付金申請書 在中」と朱書きするなどしてください。

(封筒)

【郵送先】

〒640-8137

和歌山市吹上二丁目1番22号（日赤会館内）5階

和歌山県国民健康保険団体連合会

交付事業事務局

TEL：073-427-4666

緊急包括支援交付金

申請書在中

(別紙) 支出科目チェック表

(税抜き ・ 税込み)
※どちらかに○を記入してください。

科目	番号	対象経費	チェック	金額(円)	
賃金・報酬	-	感染防止対策を実施する者を新規に雇用した際の賃金 等 任用期限を定めた臨時的な雇用に対する給付(任用期間は6か月以内で更新は1回限り)		2,000,000	
	①	臨時職員	<input type="checkbox"/>		
	②	臨時清掃業者	<input checked="" type="checkbox"/>	2,000,000	
	③	その他()	<input type="checkbox"/>		
謝金	④	講習会講師謝金、感染拡大防止の勉強会を実施するための講師謝金 等	<input checked="" type="checkbox"/>	400,000	
会議費	⑤	感染拡大防止の勉強会のための会場費 等	<input checked="" type="checkbox"/>	500,000	
旅費	⑥	感染拡大防止研修のための従業員派遣にかかる旅費 等	<input checked="" type="checkbox"/>	135,500	
需用費	-	消費的有形物の取得、修繕等に要する経費		4,500,000	
	⑦	除菌ハンドソープ	<input type="checkbox"/>		
	⑧	ペーパータオル	<input type="checkbox"/>		
	⑨	マスク	<input type="checkbox"/>		
	⑩	消毒剤	<input type="checkbox"/>		
	⑪	フェイスシールド	<input checked="" type="checkbox"/>	100,000	
	⑫	アイガード(眼鏡)	<input type="checkbox"/>		
	⑬	手袋	<input type="checkbox"/>		
	⑭	個人防護具	<input checked="" type="checkbox"/>	500,000	
	⑮	消毒剤ディスペンサー	<input type="checkbox"/>		
	⑯	受付等のアクリルパーティション・ビニールカーテン	<input checked="" type="checkbox"/>	200,000	
	⑰	掲示(デジタルサイネージ(初期導入費)、ホワイトボード、ブラックボード等)	<input checked="" type="checkbox"/>	1,000,000	
	⑱	体温計(非接触式、接触式) 等	<input checked="" type="checkbox"/>	200,000	
	⑲	患者動線区別用パーティション、床シール	<input checked="" type="checkbox"/>	1,000,000	
	⑳	待合い用アクリルパーティション、待合い椅子、	<input type="checkbox"/>		
	㉑	抗菌キーボード、抗菌マウス	<input type="checkbox"/>		
	㉒	長机・パイプ椅子(受付用)、パイプ椅子(患者用)	<input checked="" type="checkbox"/>	500,000	
	㉓	日よけ(テント含む)	<input checked="" type="checkbox"/>	1,000,000	
	㉔	その他()	<input type="checkbox"/>		
	役務費	-	特定の人的サービスの提供に支払われるもの		1,500,000
		㉕	白衣クリーニング	<input checked="" type="checkbox"/>	1,000,000
		㉖	エアコンクリーニング	<input type="checkbox"/>	
		㉗	職員の感染に係る保険料	<input type="checkbox"/>	
		㉘	オンライン診療・服薬指導機器(ランニングコスト)	<input type="checkbox"/>	
㉙		代金決済システム(ランニングコスト、手数料) 等	<input checked="" type="checkbox"/>	500,000	
㉚		その他()	<input type="checkbox"/>		

(別紙) 支出科目チェック表

(**税抜き** ・ 税込み)
 ※どちらかに○を記入してください。

科目	番号	対象経費	チェック	金額(円)
委託料	-	施設内の清掃委託、洗濯委託、消毒委託、検査委託、感染性廃棄物処理委託、レイアウト変更のための委託費用 等		1,500,000
	③①	清掃(業者への委託費用)	<input checked="" type="checkbox"/>	1,500,000
	③②	その他()	<input type="checkbox"/>	
使用料及び賃借料	-	物又は権利の使用の対価(不動産、動産又は施設、物品)		3,000,000
	③③	医療機器等リース料	<input checked="" type="checkbox"/>	3,000,000
	③④	防護具備蓄倉庫等賃借料	<input type="checkbox"/>	
	③⑤	その他()	<input type="checkbox"/>	
備品購入費	-	比較的長期に使用、保存できる物品購入経費		4,000,000
	③⑥	空気清浄機	<input type="checkbox"/>	
	③⑦	オンライン診療・服薬指導機器(初期導入費)	<input type="checkbox"/>	
	③⑧	ブース設置	<input type="checkbox"/>	
	③⑨	代金決済システム(初期導入費)等	<input checked="" type="checkbox"/>	2,000,000
	④⑩	空調設備 換気扇	<input type="checkbox"/>	
	④①	空調設備 サーキュレーター	<input type="checkbox"/>	
	④②	パーティション	<input type="checkbox"/>	
	④③	エアーカーテン	<input type="checkbox"/>	
	④④	ガラス付き受付カウンター	<input type="checkbox"/>	
	④⑤	間仕切りパーティション改築	<input type="checkbox"/>	
	④⑥	専用受付・投薬口の整備	<input type="checkbox"/>	
	④⑦	対話支援機器	<input type="checkbox"/>	
	④⑧	施設外電源設置	<input type="checkbox"/>	
	④⑨	スポットクーラー	<input type="checkbox"/>	
	⑤⑩	その他(別紙参照)	<input checked="" type="checkbox"/>	2,000,000
				17,535,500

リストに無いものは、「その他」に記載し別紙を添付して説明

※対象物品に☑及び金額を記入してください。
 ※リストに購入物品がない場合は、その他欄に記載し別紙を添付して説明してください。
 ※領収書等を添付する際には必ず、領収書毎に①～⑤⑩のいずれかの番号を記載してください。

参考資料:チェック表(その他)

科目 備品購入費

支出科目チェック表中、上記の科目「その他」欄の内容は以下のとおり。

(税抜き 税込み)
※どちらかに○を記入してください。

目的・用途	支出内容	金額(円)
当院において、感染拡大防止のため、〇〇を行う 必要があり、△△を□□に設置することで、◇◇ の効果が期待される。	△△ 10台	2,000,000
合計		2,000,000

※参考様式となりますので、別の目的、用途、支出内容、金額が確認できれば、別の用紙でも構いません。

誓 約 書

私は、下記の事項について誓約します。
(該当する部分に☑してください。全ての項目に☑がある方のみが申請可能です。)

記

- 申請者は、医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業補助金交付要綱に定める補助対象事業者です。
- 申請者は、和歌山県暴力団排除条例（平成 23 年和歌山県条例第 23 号）第 2 条第 3 号の暴力団員等又は同条第 1 号の暴力団若しくは同条第 2 号の暴力団員と密接な関係を有する者ではありません。
- 支出科目チェック表に記載した経費については、全て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又は診療体制確保等に要する経費です。
- 支出科目チェック表に記載した経費については、他の補助金の対象経費として申請しておりません。
- 提出書類の記載事項に虚偽があった場合は、補助金を一括返還します。

令和〇年 〇月 〇日

(申請者の記名押印又は署名)

社名・団体名 **医療法人〇〇〇 △△△病院**

代表者（職）氏名 **病院長 〇〇 〇〇** 印

※自書の場合は押印不要

