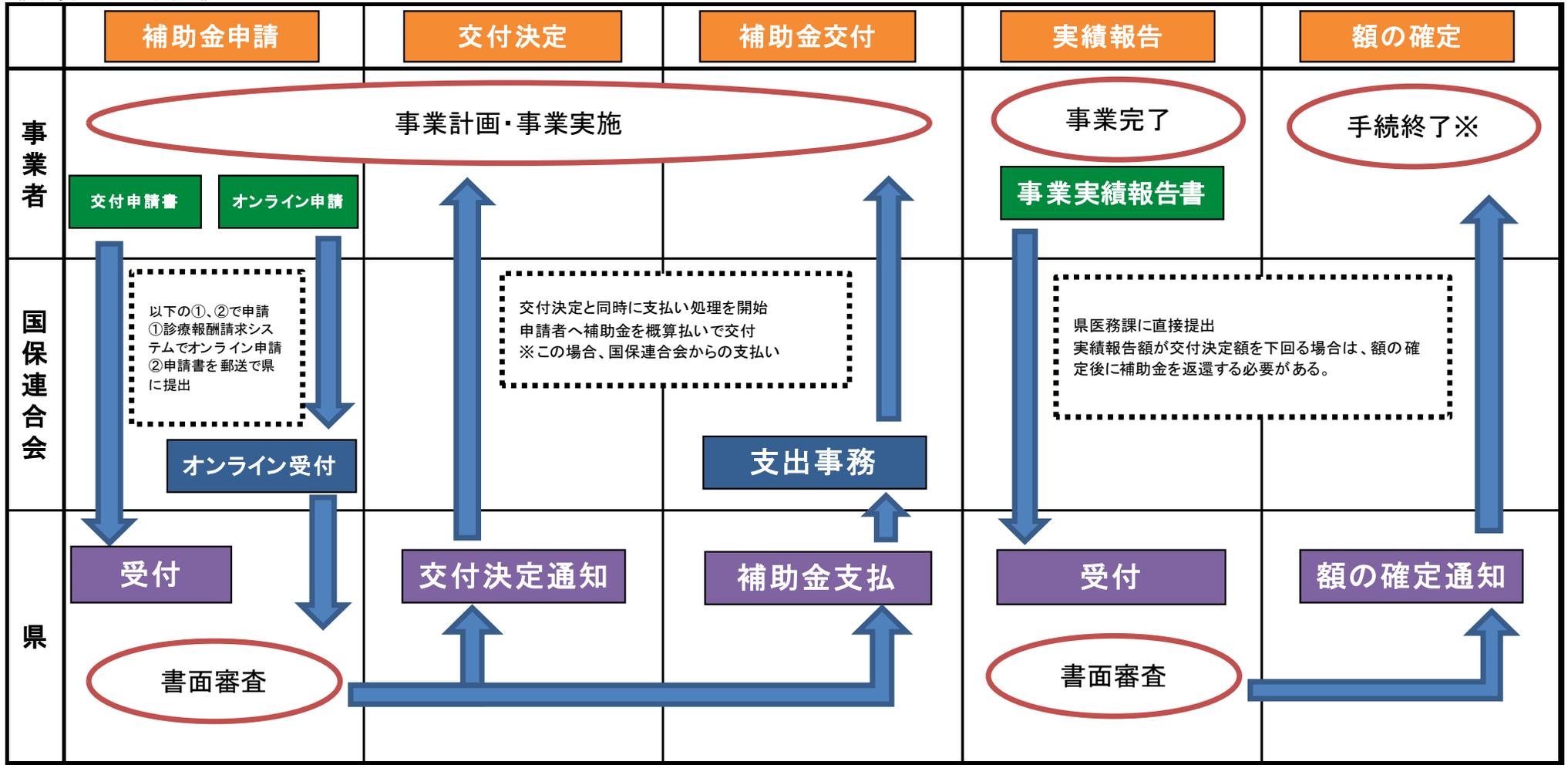


《概算交付申請》



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

名称

代表者役職氏名

⑨

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 \_\_\_\_\_ 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）	

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	(入力形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り (表示は、元号表示になります)	提出用ファイル 出力
-----	--	------------

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)	施設名称	医療機関コード、10桁を入力すると、自動表示されます。	
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	市区町村以降
施設類型(プルダウンから選択)	許可病床数 <sup>※</sup> (病院のみ記載)	a_補助上限額(基準額) (円)	0

※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

施設類型及び許可病床数に間違いがない	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

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)	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。
--	--

※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	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。

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		
	役務費		
	委託料		
	使用料及び賃借料		
	備品購入費		
	b_合計支出予定額(総事業費)	0	
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)			0
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)			0

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

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 <sup>※</sup> (病院のみ記載)		補助上限額 (基準額) (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。

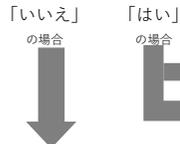
**口座情報**

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 ــــــــــــــــ 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		
	役務費		
	委託料		
	使用料及び賃借料		
	備品購入費		
	b_合計支出予定額（総事業費）		
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 ــــــــــــــــ 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。

## (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			
		任用期間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)			
	①	臨時職員	<input type="checkbox"/>		
	②	臨時清掃業者	<input type="checkbox"/>		
	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 type="checkbox"/>		
会議費	⑤	感染拡大防止の勉強会のための会場費 等	<input type="checkbox"/>		
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 type="checkbox"/>		
需用費	-	消費的有形物の取得、修繕等に要する経費			
	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 type="checkbox"/>		
	⑫	アイガード(眼鏡)	<input type="checkbox"/>		
	⑬	手袋	<input type="checkbox"/>		
	⑭	個人防護具	<input type="checkbox"/>		
	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 type="checkbox"/>		
	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 type="checkbox"/>		
	⑱	体温計(非接触式、接触式) 等	<input type="checkbox"/>		
	⑲	患者動線区別用パーティション、床シール	<input type="checkbox"/>		
	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 type="checkbox"/>		
	㉓	日よけ(テント含む)	<input type="checkbox"/>		
	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		
		㉕	白衣クリーニング	<input type="checkbox"/>	
		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 type="checkbox"/>		
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		
	③①	清掃(業者への委託費用)	<input type="checkbox"/>	
	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)		
	③③	医療機器等リース料	<input type="checkbox"/>	
	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		
	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 type="checkbox"/>	
	④⑩	空調設備 換気扇	<input type="checkbox"/>	
	④⑪	空調設備 サーキュレーター	<input type="checkbox"/>	
	④⑫	パーティション	<input type="checkbox"/>	
	④⑬	エアーカーテン	<input type="checkbox"/>	
	④⑭	ガラス付き受付カウンター	<input type="checkbox"/>	
	④⑮	間仕切りパーティション改築	<input type="checkbox"/>	
	④⑯	専用受付・投薬口の整備	<input type="checkbox"/>	
	④⑰	対話支援機器	<input type="checkbox"/>	
	④⑱	施設外電源設置	<input type="checkbox"/>	
	④⑲	スポットクーラー	<input type="checkbox"/>	
⑤⑩	その他( )	<input type="checkbox"/>		
			合計	

※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

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)
合計		

※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 年 月 日

(申請者の記名押印又は署名)

社名・団体名

代表者（職）氏名

印

※自書の場合は押印不要

