

《精算交付申請チェック表》【i. 申請時に事業が完了している場合】

| 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)<br/>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。</p> <p>(確認事項)<br/> <input type="checkbox"/> 申請者の押印に漏れはないか。<br/> <input type="checkbox"/> 補助金申請額は記載されているか。<br/> <input type="checkbox"/> 申請内容確認欄の①に☑は入っているか。<br/> <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。<br/> <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;">                     事業結果報告書                 </div>                                   | <p>(記載内容)<br/>記載要領に従い記入してください。<br/>※記載要領は県HP参照</p> <p>(確認事項)<br/> <input type="checkbox"/> 対象経費額は「支出科目チェック表」と一致しているか。</p>  |
| <p>③通帳の写し</p>  | <p><input type="checkbox"/> 事業結果報告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;">                     精算根拠資料<br/>                     支出科目チェック表                 </div> | <p>(記載内容)<br/>該当する経費に☑及び金額を記入し、精算根拠資料を添付してください。<br/>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。<br/>※精算根拠資料…事業の実施及び支払いが確認できる資料<br/>⇒各経費の領収書、振込明細書等(日付、申請者名、使途、金額がすべて明記されたもの)</p> <p>(確認事項)<br/> <input type="checkbox"/> 「事業結果報告書」に記載した対象経費額と一致しているか。<br/> <input type="checkbox"/> 精算根拠資料で補助対象経費額を確認することができるか。<br/> <input type="checkbox"/> 精算根拠資料にはそれぞれチェック表の番号を振っているか。<br/> <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 写真<br/>(事業の実施が確認できるもの)</p>  | <p><input type="checkbox"/> 支出科目チェック表に記載した経費について、数量を記載し、写真を添付しているか。<br/>⇒ 原則、購入したすべてのものが確認できる写真が必要となる。<br/> <input type="checkbox"/> 消耗品等で写真を添付できないものは、以下のような理由を記載しているか。<br/>⇒ 「※○○の写真については全て使い切った結果、写真添付不可」</p>   |
| <p>⑥</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">                     誓約書                 </div>                                       | <p>(記載内容)<br/>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。<br/>※すべての項目に☑がある方が申請可能です。</p> <p>(確認事項)<br/> <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>⑦</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">                     役員名簿                 </div>                                      | <p>(記載内容)<br/>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)<br/> <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

| 精算交付申請              | 概算交付申請             |
|---------------------|--------------------|
| 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）       |                    |

事業結果報告書\_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   | 2020/7/31 | 医療機関等<br>コード (10桁) | 1     | 3 | 3            | 4 | 5 | 6          | 7    | 8 | 9 | 0       | 施設名称 | 医療法人〇〇〇 △△△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     |      |   |   |         |      |               |
|       | 6         | 4                  | 0     | - | 8            | 5 | 8 | 5          | 和歌山県 |   |   | 小松原通1-1 |      |               |

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*<br>(病院のみ記載) | 300 | a_補助上限額<br>(円) | 17,000,000 | 計算結果をご記載ください<br>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

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

精算交付申請 (申請日時時点で事業が完了している場合) を行う場合は、補助金を振り込む口座情報を記載し、通帳の写しを確認資料として添付してください。

|        |         |              |   |   |   |   |     |    |       |   |   |   |   |
|--------|---------|--------------|---|---|---|---|-----|----|-------|---|---|---|---|
| 金融機関名  | 〇〇銀行    | 金融機関<br>コード  | 1 | 2 | 3 | 4 | 支店名 | 県庁 | 支店コード | 1 | 2 | 3 |   |
| 預金種類   | 普通      | 口座番号 (左詰め)   |   |   |   |   | 1   | 2  | 3     | 4 | 5 | 6 | 7 |
| (フリガナ) | i) 〇〇〇  |              |   |   |   |   |     |    |       |   |   |   |   |
| 取引口座名  | 医療法人〇〇〇 | 通帳の記載をそのまま記入 |   |   |   |   |     |    |       |   |   |   |   |

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 (結果報告)

【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した費用】

対象期間 (令和2年4月1日から令和3年3月31日) に、支出した各対象科目の費用について精算額を記載してください。

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。

| 科目  | 交付申請額 (円)                   | 支出済額 (円)   |            |
|---|-----------------------------|------------|------------|
| 支出  | 賃金・報酬                       | 2,000,000  | 2,000,000  |
|   | 謝金                          | 400,000    | 400,000    |
|   | 会議費                         | 500,000    | 500,000    |
|   | 旅費                          | 135,500    | 135,500    |
|   | 需用費                         | 4,500,000  | 4,500,000  |
|   | 役務費                         | 1,500,000  | 1,500,000  |
|   | 委託料                         | 1,500,000  | 1,500,000  |
|   | 使用料及び賃借料                    | 3,000,000  | 3,000,000  |
|   | 備品購入費                       | 4,000,000  | 4,000,000  |
|   | b_合計額                       | 17,535,500 | 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          | 0          |
| d_支出済額の合計-収入額 (円) (b-c)                       | 17,535,500                  | 17,535,500 |            |
| 補助金額 (円)<br>(a【補助上限額】とdのいずれか少ない額 (1000円未満切捨)) | 17,000,000                  | 17,000,000 |            |

○精算交付申請の場合、「交付申請額」欄と「支出済額」欄には同じ数字を入れてください。  
○概算額で交付申請を行った後の実績報告では、「交付申請額」と「支出済額」の数字が異なる場合が想定されますが、補助金額は交付決定額が上限となります。

・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

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。

# 《事業結果報告書記載要領》：精算交付申請：実績報告

## 1 事業結果報告書の作成

この報告書は、次のいずれかの場合に提出する必要があります。

- ・ 精算交付申請
- ・ 概算交付を受けた場合の事業実績報告

## 2 事業結果報告書の記載

### 【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
- ⑬ 他の補助事業に関する確認
- ⑭ 交付申請額
- ⑮ 支出済額
- ⑯ 収入額
- ⑰ 補助金額
- ⑱ 支出額に関する確認

| 様式1 事業結果報告書 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  |             |            |  |  |  |  |  |  |  |    |             |            |       |  |  |    |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |       |  |  |       |   |   |    |  |  |                             |  |  |                         |   |   |          |  |  |                                  |  |  |
| ① 申請日   |             |            |  |  |  |  |  |  |  |    |             |            |       |  |  |    |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |       |  |  |       |   |   |    |  |  |                             |  |  |                         |   |   |          |  |  |                                  |  |  |
| ② 医療機関等コード (10桁) <small>医療機関コードが変更されない医療機関は「9999999999」を入力してください</small>  |             |            |  |  |  |  |  |  |  |    |             |            |       |  |  |    |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |       |  |  |       |   |   |    |  |  |                             |  |  |                         |   |   |          |  |  |                                  |  |  |
| 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  |             |            |  |  |  |  |  |  |  |    |             |            |       |  |  |    |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |       |  |  |       |   |   |    |  |  |                             |  |  |                         |   |   |          |  |  |                                  |  |  |
| ⑬ 他の補助事業に関する確認  |             |            |  |  |  |  |  |  |  |    |             |            |       |  |  |    |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |       |  |  |       |   |   |    |  |  |                             |  |  |                         |   |   |          |  |  |                                  |  |  |
| ⑭ 交付申請額   |             |            |  |  |  |  |  |  |  |    |             |            |       |  |  |    |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |       |  |  |       |   |   |    |  |  |                             |  |  |                         |   |   |          |  |  |                                  |  |  |
| ⑮ 支出済額  |             |            |  |  |  |  |  |  |  |    |             |            |       |  |  |    |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |       |  |  |       |   |   |    |  |  |                             |  |  |                         |   |   |          |  |  |                                  |  |  |
| ⑯ 収入額   |             |            |  |  |  |  |  |  |  |    |             |            |       |  |  |    |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |       |  |  |       |   |   |    |  |  |                             |  |  |                         |   |   |          |  |  |                                  |  |  |
| ⑰ 補助金額  |             |            |  |  |  |  |  |  |  |    |             |            |       |  |  |    |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |       |  |  |       |   |   |    |  |  |                             |  |  |                         |   |   |          |  |  |                                  |  |  |
| ⑱ 支出額に関する確認   |             |            |  |  |  |  |  |  |  |    |             |            |       |  |  |    |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |       |  |  |       |   |   |    |  |  |                             |  |  |                         |   |   |          |  |  |                                  |  |  |
| 事業費用(結果報告)  |             |            |  |  |  |  |  |  |  |    |             |            |       |  |  |    |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |       |  |  |       |   |   |    |  |  |                             |  |  |                         |   |   |          |  |  |                                  |  |  |
| 【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した費用】   |             |            |  |  |  |  |  |  |  |    |             |            |       |  |  |    |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |       |  |  |       |   |   |    |  |  |                             |  |  |                         |   |   |          |  |  |                                  |  |  |
| 対象期間(令和2年4月1日から令和3年3月31日)に、支出した各対象科目の費用について記載してください。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止し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。  |             |            |  |  |  |  |  |  |  |    |             |            |       |  |  |    |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |       |  |  |       |   |   |    |  |  |                             |  |  |                         |   |   |          |  |  |                                  |  |  |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>科目</th> <th>⑭ 交付申請額 (円)</th> <th>⑮ 支出済額 (円)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>資金・報酬</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>謝金</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>会議費</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>旅費</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>備用費</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>役員費</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>委託料</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>使用料及び賃借料</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>備品購入費</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>b_合計額</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>収入</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>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</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>d_支出済額の合計-収入額 (円) (b-c)</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>補助金額 (円)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>(a【補助上限額】とdのいずれか少ない額 (1000円未満切捨)</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> |             |            |  |  |  |  |  |  |  | 科目 | ⑭ 交付申請額 (円) | ⑮ 支出済額 (円) | 資金・報酬 |  |  | 謝金 |  |  | 会議費 |  |  | 旅費 |  |  | 備用費 |  |  | 役員費 |  |  | 委託料 |  |  | 使用料及び賃借料 |  |  | 備品購入費 |  |  | b_合計額 | 0 | 0 | 収入 |  |  | 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 |  |  | d_支出済額の合計-収入額 (円) (b-c) | 0 | 0 | 補助金額 (円) |  |  | (a【補助上限額】とdのいずれか少ない額 (1000円未満切捨) |  |  |
| 科目  | ⑭ 交付申請額 (円) | ⑮ 支出済額 (円) |  |  |  |  |  |  |  |    |             |            |       |  |  |    |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |       |  |  |       |   |   |    |  |  |                             |  |  |                         |   |   |          |  |  |                                  |  |  |
| 資金・報酬   |             |            |  |  |  |  |  |  |  |    |             |            |       |  |  |    |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |       |  |  |       |   |   |    |  |  |                             |  |  |                         |   |   |          |  |  |                                  |  |  |
| 謝金  |             |            |  |  |  |  |  |  |  |    |             |            |       |  |  |    |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |       |  |  |       |   |   |    |  |  |                             |  |  |                         |   |   |          |  |  |                                  |  |  |
| 会議費   |             |            |  |  |  |  |  |  |  |    |             |            |       |  |  |    |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |       |  |  |       |   |   |    |  |  |                             |  |  |                         |   |   |          |  |  |                                  |  |  |
| 旅費  |             |            |  |  |  |  |  |  |  |    |             |            |       |  |  |    |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |       |  |  |       |   |   |    |  |  |                             |  |  |                         |   |   |          |  |  |                                  |  |  |
| 備用費   |             |            |  |  |  |  |  |  |  |    |             |            |       |  |  |    |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |       |  |  |       |   |   |    |  |  |                             |  |  |                         |   |   |          |  |  |                                  |  |  |
| 役員費   |             |            |  |  |  |  |  |  |  |    |             |            |       |  |  |    |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |       |  |  |       |   |   |    |  |  |                             |  |  |                         |   |   |          |  |  |                                  |  |  |
| 委託料   |             |            |  |  |  |  |  |  |  |    |             |            |       |  |  |    |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |       |  |  |       |   |   |    |  |  |                             |  |  |                         |   |   |          |  |  |                                  |  |  |
| 使用料及び賃借料  |             |            |  |  |  |  |  |  |  |    |             |            |       |  |  |    |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |       |  |  |       |   |   |    |  |  |                             |  |  |                         |   |   |          |  |  |                                  |  |  |
| 備品購入費   |             |            |  |  |  |  |  |  |  |    |             |            |       |  |  |    |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |       |  |  |       |   |   |    |  |  |                             |  |  |                         |   |   |          |  |  |                                  |  |  |
| b_合計額   | 0           | 0          |  |  |  |  |  |  |  |    |             |            |       |  |  |    |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |       |  |  |       |   |   |    |  |  |                             |  |  |                         |   |   |          |  |  |                                  |  |  |
| 収入  |             |            |  |  |  |  |  |  |  |    |             |            |       |  |  |    |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |       |  |  |       |   |   |    |  |  |                             |  |  |                         |   |   |          |  |  |                                  |  |  |
| 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   |             |            |  |  |  |  |  |  |  |    |             |            |       |  |  |    |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |       |  |  |       |   |   |    |  |  |                             |  |  |                         |   |   |          |  |  |                                  |  |  |
| d_支出済額の合計-収入額 (円) (b-c)   | 0           | 0          |  |  |  |  |  |  |  |    |             |            |       |  |  |    |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |       |  |  |       |   |   |    |  |  |                             |  |  |                         |   |   |          |  |  |                                  |  |  |
| 補助金額 (円)  |             |            |  |  |  |  |  |  |  |    |             |            |       |  |  |    |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |       |  |  |       |   |   |    |  |  |                             |  |  |                         |   |   |          |  |  |                                  |  |  |
| (a【補助上限額】とdのいずれか少ない額 (1000円未満切捨)  |             |            |  |  |  |  |  |  |  |    |             |            |       |  |  |    |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |       |  |  |       |   |   |    |  |  |                             |  |  |                         |   |   |          |  |  |                                  |  |  |
| ⑰ 補助金額  |             |            |  |  |  |  |  |  |  |    |             |            |       |  |  |    |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |       |  |  |       |   |   |    |  |  |                             |  |  |                         |   |   |          |  |  |                                  |  |  |
| ⑱ 支出額に関する確認   |             |            |  |  |  |  |  |  |  |    |             |            |       |  |  |    |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |          |  |  |       |  |  |       |   |   |    |  |  |                             |  |  |                         |   |   |          |  |  |                                  |  |  |

【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<br>コード (10桁) | 1          | 3 | 3         | 4         | 5 | 6           | 7 | 8 | 9 | 0        |
|                    | 都道府県<br>番号 |   | 点数表<br>番号 | 郡市区<br>番号 |   | 医療機関等<br>番号 |   |   |   | 検証<br>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※<br>(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<br>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 | <input checked="" type="radio"/> はい | <input type="radio"/> いいえ |
|--------------------|-------------------------------------|---------------------------|

【⑫ 口座情報に関する確認】

精算交付申請では、県からの振込みを予定しておりますので、口座情報を記入し、記入した内容を確認できる通帳の写しを添付してください。

なお、事業実績報告の場合は、既に補助金を交付済みですので、記載は不要です。

| 供帳記載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 交付申請額】 / 【15 支出済額】 / 【16 収入額】 / 【17 補助金額】

対象期間（令和2年4月1日から令和3年3月31日）に、支出した各対象科目の費用についてご入力ください。

| 科目   |                             | 交付申請額（円）   | 支出済額（円）    |
|--|-----------------------------|------------|------------|
| 支出   | 賃金・報酬                       | 2,000,000  | 2,000,000  |
|  | 謝金                          | 400,000    | 400,000    |
|  | 会議費                         | 500,000    | 500,000    |
|  | 旅費                          | 135,500    | 135,500    |
|  | 需用費                         | 4,500,000  | 4,500,000  |
|  | 役務費                         | 1,500,000  | 1,500,000  |
|  | 委託料                         | 1,500,000  | 1,500,000  |
|  | 使用料及び賃借料                    | 3,000,000  | 3,000,000  |
|  | 備品購入費                       | 4,000,000  | 4,000,000  |
|  | b_合計額                       | 17,535,500 | 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          | 0          |
| d_支出済額の合計-収入額（円）（b-c）                                      |                             | 17,535,500 | 17,535,500 |
| 補助金額（円）<br><small>（a【補助上限額】とdのいずれか少ない額（1000円未満切捨））</small> |                             | 17,000,000 | 17,000,000 |

精算交付申請時には、交付申請額と支出済額に同じ数字を記入してください。

事業実績報告時には、交付申請額に概算交付申請時の額を記入し、支出済額に実際支出した額を記入してください。

交付申請額、支出済額の合計が補助額を超えても問題ない。

【17 補助金交付額】  
「a\_補助上限額（円）」と「d\_合計支出額-収入額（円）」のどちらか少ない額となります。

【16 収入額】  
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、合計支出済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



【18】 支出に関する確認

支出済額の「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 |
|--|----|-----|

## 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   |

## (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<br>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  |
|          | ⑳  | 清掃(業者への委託費用)   | <input checked="" type="checkbox"/> | 1,500,000  |
|          | ㉑  | 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  |
|          | ㉒  | 医療機器等リース料  | <input checked="" type="checkbox"/> | 3,000,000  |
|          | ㉓  | 防護具備蓄倉庫等賃借料  | <input type="checkbox"/>            |            |
|          | ㉔  | 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  |
|          | ㉕  | 空気清浄機  | <input type="checkbox"/>            |            |
|          | ㉖  | オンライン診療・服薬指導機器(初期導入費)                                | <input type="checkbox"/>            |            |
|          | ㉗  | ブース設置  | <input type="checkbox"/>            |            |
|          | ㉘  | 代金決済システム(初期導入費) 等                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | 2,000,000  |
|          | ㉙  | 空調設備 換気扇   | <input type="checkbox"/>            |            |
|          | ㉚  | 空調設備 サーキュレーター  | <input type="checkbox"/>            |            |
|          | ㉛  | パーティション  | <input type="checkbox"/>            |            |
|          | ㉜  | エアーカーテン  | <input type="checkbox"/>            |            |
|          | ㉝  | ガラス付き受付カウンター   | <input type="checkbox"/>            |            |
|          | ㉞  | 間仕切りパーティション改築  | <input type="checkbox"/>            |            |
|          | ㉟  | 専用受付・投薬口の整備  | <input type="checkbox"/>            |            |
|          | ㊱  | 対話支援機器   | <input type="checkbox"/>            |            |
|          | ㊲  | 施設外電源設置  | <input type="checkbox"/>            |            |
|          | ㊳  | スポットクーラー   | <input type="checkbox"/>            |            |
|          | ㊴  | その他( <b>別紙参照</b> )                                   | <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①～㊴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<br>必要があり、△△を□□に設置することで、◇◇<br>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。

《精算確認書類例(需用費:⑭個人防護服、⑩体温計の場合)》

領収書ごとに支出科目チェック表の整理番号を記入

購入したものの名称、数量を記載

14

個人防護服 100着

| 領 収 書   |                      |
|---|----------------------|
| 医療法人 ○○   | 御中                   |
| No.123456   |                      |
| 発行日 2020/4/18   |                      |
| <b>金額</b>   | <b>¥550,000 (税込)</b> |
| 但 個人防護服代として   |                      |
| 上記正に領収いたしました。   |                      |
| 印 収<br>紙 入  | 内 記                  |
|   | 税抜金額 500,000円        |
|   | 消費税等 50,000円         |
| ○○株式会社<br>〒 東京都新宿区新宿1-2-3<br>新宿第1ビル2階<br>TEL : 03-1234-5678<br>FAX : 03-1234-5679 |                      |

※日付、申請者名、使途、金額が明記されたものを添付してください。  
 ※上記について確認できない場合、契約書、請求書等を添付してください。

領収書ごとに支出科目チェック表の整理番号を記入

購入したものの名称、数量を記載

18

非接触型体温計 50本

| 領 収 書   |                      |
|---|----------------------|
| 医療法人 ○○   | 御中                   |
| No.123456   |                      |
| 発行日 2020/10/18  |                      |
| <b>金額</b>   | <b>¥220,000 (税込)</b> |
| 但 体温計代として   |                      |
| 上記正に領収いたしました。   |                      |
| 印 収<br>紙 入  | 内 記                  |
|   | 税抜金額 200,000円        |
|   | 消費税等 20,000円         |
| ○○株式会社<br>〒 東京都新宿区新宿1-2-3<br>新宿第1ビル2階<br>TEL : 03-1234-5678<br>FAX : 03-1234-5679 |                      |

# 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

