日医発 47 号 (税経 9) (地 28) (健 II 33) 令和 3 年 4 月 12 日

都道府県医師会 会長 殿

> 公益社団法人 日本医師会 会長 中 川 俊 男 (公印省略)

令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保 支援補助金について

今般、厚生労働省より都道府県に対し、事務連絡「令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金について」が発出されました。

本補助金は、新型コロナウイルス感染症が拡大する中で、緊急的臨時的な対応として、都道府県の指定を受けた診療・検査医療機関(仮称)の発熱患者等に対する診療・検査体制の確保及び医療機関・薬局等の医療提供体制の確保を図るため、診療・検査医療機関(仮称)をはじめとする対象医療機関等の感染拡大防止対策や診療体制確保等に要する費用を補助するものです。

令和3年2月5日付日医発第1096号にて貴会にご連絡した令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金において、「令和2年度事業の申請期限に申請が間に合わない医療機関等への対応は令和3年度に実施予定」とされていたところであり、今般の事務連絡は、当該令和3年度実施分の取り扱いを示したものです。

本補助金は、原則として、「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・ 医療提供体制確保支援補助金」による補助を受けた医療機関等は対象外となります。 ただし、同補助金の申請日以降に新たに診療・検査医療機関(仮称)の指定を受けた 医療機関については、同補助金の補助基準額(上限額)が本補助金の補助基準額(上 限額)より低い場合は、差額について本補助金の申請をすることができます。

本補助金の申請書の提出期限は、令和3年9月30日となります。

つきましては、貴会におかれましても、本件についてご了知いただくとともに、 貴会管下の関係医療機関への周知につきご高配賜りますようお願い申し上げます。

【添付資料】

・事務連絡「令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確

保支援補助金について」(令和3年4月9日、厚生労働省医政局医療経理室、医療 経営支援課)

- ・補助の対象となる医療機関等あて案内文書
- ・本補助金の概要資料 (スライド資料)
- · Q & A (第1版)
- ・申請書様式(電子媒体申請用、手書き申請用)
- ・申請書様式(令和2年度事業の申請日以降に新たに「診療・検査医療機関(仮称)」 の指定を受けた医療機関用)
- 実績報告書様式(電子媒体申請用、手書き申請用)
- ·交付要綱(令和3年4月9日 厚生労働事務次官通知)

※本補助金に関する資料は、交付申請書とともに厚生労働省の下記サイトに掲載されていますのでご参照ください。交付申請書(エクセルシート)等は下記サイトよりダウンロードしてください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_17941.html

○厚生労働省医療提供体制支援補助金コールセンター

電話番号: 0 1 2 0 - 3 3 6 - 9 3 3 (平日 9:30~18:00)

各都道府県衛生主管部 (局) 御中

厚生労働省医政局医 療 経 理 室 医療経営支援課

令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保 支援補助金について

新型コロナウイルス感染症が拡大する中で、緊急的臨時的な対応として、都道府県の指定を受けた診療・検査医療機関(仮称)の発熱患者等に対する診療・検査体制の確保及び医療機関・薬局等の医療提供体制の確保を図るため、診療・検査医療機関(仮称)をはじめとする対象医療機関等の感染拡大防止対策等に要する費用を補助していますので、下記について御了知の上、事業の実施にご協力をお願いします。

- ※ 本補助金は、原則として、「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金*」による補助を受けた医療機関等は対象外となります。ただし、同補助金の申請日以降に新たに診療・検査医療機関(仮称)の指定を受けた医療機関については、同補助金の補助基準額(上限額)が本補助金の補助基準額(上限額)より低い場合は、差額について本補助金の申請をすることができます。
 - * 令和3年1月28日成立の令和2年度第三次補正予算による「令和2年度新型コロナウイルス 感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」(令和3年2月3日厚生労働省発医政0203 第5号厚生労働事務次官通知)です(以下同じ)。

記

1. 本補助金の案内及び周知について

本補助金は国の直接補助事業としているため、補助の申請は医療機関等から直接、厚生労働省に行われますが、医療機関等に対して円滑かつ迅速に補助金を交付できるよう、本事務連絡の添付資料により、2.の補助の対象となる医療機関等に案内していただくとともに、貴管下の政令市及び特別区に周知いただくようお願い申し上げます。

また、申請書様式等については、以下の厚生労働省ホームページに掲載します。

※ 厚生労働省ホームページ

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage 17941.html

なお、「令和2年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補

助金に係る対応について」(令和2年9月15日厚生労働省健康局結核感染症課事務連絡)により、都道府県において、診療・検査医療機関(仮称)を指定した場合は、診療・検査医療機関(仮称)に対して書面で通知(様式は問わない)することをお願いしていますが、引き続き対応をお願いいたします。

診療・検査医療機関(仮称)として本補助金の申請を行う場合は、申請日時点で 指定期限内である指定通知書や指定証明書等の写しの添付が必要になります。この ため、指定通知書等に指定期限を記載している場合等には、医療機関から改めて、 指定期限内であることを示す指定通知書や指定証明書等の発行を求められる場合 がありますが、対応をお願いいたします。

2. 補助の対象となる医療機関等について

補助の対象となる医療機関等については、「令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金の交付について」(令和3年4月9日厚生労働省発医政0409第4号)の別添の交付要綱3(1)に定める「対象医療機関等」であることを要件としています。

具体的には、 $\mathbb{Q}(i)$ から(iii)のいずれか又は \mathbb{Q} に該当する医療機関等としています。また、 $\mathbb{Q}(i)$ 及び $\mathbb{Q}(i)$ の両方に該当する医療機関は、 $\mathbb{Q}(i)$ 又は $\mathbb{Q}(i)$ のいずれか一方のみで対象となります。

- ※ 令和2年度第二次補正予算の「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」の補助を受けた医療機関等も補助の対象となります。
- ① 「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援 補助金」による補助を受けていない医療機関等

(i) 診療・検査医療機関(仮称)

院内等で感染拡大を防ぐための取組を行う、都道府県の指定を受けた診療・ 検査医療機関(仮称)(「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイル ス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」*による補助を受けた医療機関を除く。)

- ※ 当該医療機関については、少なくとも令和3年9月30日まで診療・検査 医療機関(仮称)として継続すること。
- * 令和2年9月15日の予備費による「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」(令和2年9月15日厚生労働省発医政第0915第2号厚生労働事務次官通知)です(以下同じ)。

(ii) 医療機関·薬局等

院内等で感染拡大を防ぐための取組を行う、保険医療機関、保険薬局、指定 訪問看護事業者及び助産所(「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」による補助を受けた医療機関を除く。) (iii) 「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」による補助を受けた医療機関

「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」による補助を受けた医療機関のうち、同事業の補助基準額*(「1,000万円に、許可病床200床ごとに200万円を追加した額」)が「25万円+5万円×許可病床数」より低い医療機関

- * 新型コロナウイルス感染症入院患者受入割当医療機関(重点医療機関、協力医療機関その他の都道府県が新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の入院受入れを割り当てた医療機関)の場合は、補助基準額に追加される1,000万円を除く。
- ※ (iii)は、「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス 感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」に よる補助を受けた医療機関については、本事業の方が補助基準額(上限額) が高い場合は、差額分を補助するということです。
- ② 「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援 補助金」による補助を受けた医療機関

「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」による補助を受けた医療機関のうち、同補助金の申請日以降に新たに診療・検査医療機関(仮称)の指定を受けた医療機関であって、同補助金の補助基準額(上限額)が100万円より低い医療機関

- ※ 当該医療機関については、少なくとも令和3年9月30日まで診療・検査医療機関(仮称)として継続すること。
- ※ ②は、「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制 確保支援補助金」の申請日以降に新たに診療・検査医療機関(仮称)の指定 を受けた医療機関については、同補助金による補助を受けた場合であっても、 本事業の方が補助基準額(上限額)が高い場合は、差額分を補助するという ことです。
- 3. 補助基準額(上限額)及び補助の対象経費
 - (1)補助基準額(上限額)

補助基準額(上限額)は、以下の区分ごとに、それぞれ次に定める額となります。

- ① 「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保 支援補助金」による補助を受けていない医療機関等
 - (i) 診療・検査医療機関(仮称) 100万円
 - (ii) 医療機関・薬局等

- ・ 病院・有床診療所(医科・歯科) 25 万円+5 万円×許可病床数
- 無床診療所(医科・歯科)25万円
- ・ 薬局・訪問看護事業者・助産所 20万円

(iii) 「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」による補助を受けた医療機関

「25 万円+5 万円×許可病床数」から「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」の補助基準額*(「1,000 万円に、許可病床200 床ごとに200 万円を追加した額」)を差し引いた額

- * 新型コロナウイルス感染症入院患者受入割当医療機関(重点医療機関、協力医療機関その他の都道府県が新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の入院受入れを割り当てた医療機関)の場合は、補助基準額に加算される1,000万円を除く。
- ※ (iii)は、「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」による補助を受けた医療機関については、本事業の方が補助基準額(上限額)が高い場合は、差額分を補助するということです。
- ② 「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保 支援補助金」による補助を受けた医療機関

「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」の申請日以降に新たに診療・検査医療機関(仮称)の指定を受けた医療機関であって、同補助金の補助基準額(上限額)が100万円より低い医療機関

- ・ 病院・有床診療所 100万円から「令和2年度新型コロナウイルス感染症 感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」の補助基準額(25万円+5万円×許可病床数)を差し引いた額
- ・ 無床診療所 100 万円から「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」の補助基準額(25 万円)を差し引いた額
- ※ ②は、「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」の申請日以降に新たに診療・検査医療機関(仮称)の指定を受けた医療機関については、同補助金による補助を受けた場合であっても、本事業の方が補助基準額(上限額)が高い場合は、差額分を補助するということです。

(2) 補助の対象経費

補助の対象経費については、令和3年4月1日から令和3年9月30日までに かかる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 等に要する次の経費です(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除く。)。

- ・賃金、報酬、謝金、会議費、旅費、需用費(消耗品費、印刷製本費、材料費、 光熱水費、燃料費、修繕料、医薬材料費)、役務費(通信運搬費、手数料、保 険料)、委託料、使用料及び賃借料、備品購入費
- ※ 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、幅広く対象となります。「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」は対象になりません。
- ※ 本補助金は令和3年度の補助金であり、令和2年度の経費は対象になりません。
- ※ 令和2年度第二次補正予算による「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」や「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」、令和2年9月15日の予備費による「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」、令和2年度第三次補正予算による「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」の対象経費と同じです。

4. コールセンターについて

本補助金の内容や申請方法等について照会を受け付けるコールセンターを設置していますので、医療機関等から照会があった場合には、ご案内をお願いします。

○厚生労働省医療提供体制支援補助金コールセンター 電話番号:0120-336-933 (平日9:30~18:00)

<添付資料>

- (1) 補助の対象となる医療機関等あて案内文書
- (2) 本補助金の概要資料
- (3) 令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金に関するQ&A
- (4) 申請書様式、申請書記載例(電子媒体申請用、手書き申請用)
- (5) 実績報告書、実績報告書記載例
- (6) 「令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金の交付について」(令和3年4月9日厚生労働省発医政0409第4号)

診療・検査医療機関(仮称)、保険医療機関、 保険薬局、指定訪問看護事業者、助産所の皆さまへ

> 厚生労働省医政局 医療経理室 医療経営支援課

「令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・ 医療提供体制確保支援補助金」のご案内

新型コロナウイルス感染症が拡大する中で、緊急的臨時的な対応として、都道府県の指定を受けた診療・検査医療機関(仮称)の発熱患者等に対する診療・検査体制の確保及び医療機関・薬局等の医療提供体制の確保を図るため、診療・検査医療機関(仮称)をはじめとする対象医療機関等の感染拡大防止対策等に要する費用を補助しています。該当する医療機関等におかれましては、以下により申請いただきますようお願いいたします。

- ※ 本補助金は、原則として、「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金*」による補助を受けた医療機関等は対象外となります。ただし、同補助金の申請日以降に新たに診療・検査医療機関(仮称)の指定を受けた医療機関については、同補助金の補助基準額(上限額)が本補助金の補助基準額(上限額)より低い場合は、差額について本補助金の申請をすることができます。
 - * 令和3年1月 28 日成立の令和2年度第三次補正予算による「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」(令和3年2月3日厚生労働省発医政0203第5号厚生労働事務次官通知)です(以下同じ)。

1. 補助の対象となる医療機関等

補助の対象となる医療機関等は、①(i)から(iii)のいずれか又は②に該当する医療機関等です。また、①(i)及び①(ii)の両方に該当する医療機関は、①(i)又は①(ii)のいずれか一方のみで対象となります。

- ※ 令和2年度第二次補正予算の「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」の補助を受けた医療機関等も補助の対象となります。
- ① 「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」による補助を受けていない医療機関等
 - (i) 診療・検査医療機関(仮称)

院内等で感染拡大を防ぐための取組を行う、都道府県の指定を受けた診療・ 検査医療機関(仮称)(「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感 染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」*による補助を受けた 医療機関を除く。)

- ※ 当該医療機関については、少なくとも令和3年9月30日まで診療・検査 医療機関(仮称)として継続すること。
- * 令和2年9月15日の予備費による「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」(令和2年9月15日厚生労働省発医政第0915第2号厚生労働事務次官通知)です(以下同じ)。

(ii) 医療機関・薬局等

院内等で感染拡大を防ぐための取組を行う、保険医療機関、保険薬局、指定 訪問看護事業者及び助産所(「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイ ルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」による補助を受 けた医療機関を除く。)

(iii) 「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」による補助を受けた医療機関

「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」による補助を受けた医療機関のうち、同事業の補助基準額*(「1,000万円に、許可病床 200床ごとに 200万円を追加した額」)が「25万円+5万円×許可病床数」より低い医療機関

- * 新型コロナウイルス感染症入院患者受入割当医療機関(重点医療機関、協力医療機関その他の都道 府県が新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の入院受入れを割り当てた医療機関)の場合は、補助基準額 に追加される1,000万円を除く。
- ※ (iii)は、「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」による補助を受けた医療機関については、本事業の方が補助基準額(上限額)が高い場合は、差額分を補助するということです。
- ② 「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援 補助金」による補助を受けた医療機関

「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」による補助を受けた医療機関のうち、同補助金の申請日以降に新たに診療・検査医療機関(仮称)の指定を受けた医療機関であって、同補助金の補助基準額(上限額)が100万円より低い医療機関

- ※ 当該医療機関については、少なくとも令和3年9月30日まで診療・検査医療機関(仮称)として継続すること。
- ※ ②は、「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確

保支援補助金」の申請日以降に新たに診療・検査医療機関(仮称)の指定を受けた医療機関については、同補助金による補助を受けた場合であっても、本事業の方が補助基準額(上限額)が高い場合は、差額分を補助するということです。

2. 補助基準額(上限額)及び補助の対象経費

(1)補助基準額(上限額)

補助基準額(上限額)は、以下の区分ごとに、それぞれ次に定める額となります。

- ※ 申請書(電子媒体申請用)に必須項目を入力すれば、補助基準額(上限額)が最も高い区分での申請となります。
- ① 「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保 支援補助金」による補助を受けていない医療機関等
 - (i) 診療・検査医療機関(仮称) 100万円
 - (ii) 医療機関・薬局等
 - ・病院・有床診療所(医科・歯科) 25万円+5万円×許可病床数
 - ・無床診療所(医科・歯科) 25万円
 - ・薬局・訪問看護事業者・助産所 20 万円
 - (iii) 「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」による補助を受けた医療機関

「25 万円+5 万円×許可病床数」から「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」の補助基準額*(「1,000 万円に、許可病床 200床ごとに 200 万円を追加した額」)を差し引いた額

- * 新型コロナウイルス感染症入院患者受入割当医療機関(重点医療機関、協力医療機関その他の 都道府県が新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の入院受入れを割り当てた医療機関)の場合は、補助 基準額に加算される 1,000 万円を除く。
- ※ (iii)は、「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」による補助を受けた医療機関については、本事業の方が補助基準額(上限額)が高い場合は、差額分を補助するということです。
- ② 「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保 支援補助金」による補助を受けた医療機関

「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」の申請日以降に新たに診療・検査医療機関(仮称)の指定を受けた医療機関であって、同補助金の補助基準額(上限額)が100万円より低い医療機関

- ・ 病院・有床診療所 100 万円から「令和2年度新型コロナウイルス感染 症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」の補助基準額(25万円+5万円×許可病床数)を差し引いた額
- 無床診療所 100 万円から「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」の補助基準額(25万円)を差し引いた額
- ※ ②は、「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」の申請日以降に新たに診療・検査医療機関(仮称)の指定を受けた医療機関については、同補助金による補助を受けた場合であっても、本事業の方が補助基準額(上限額)が高い場合は、差額分を補助するということです。

(2)補助の対象経費

補助の対象経費については、令和3年4月1日から令和3年9月30日までにかかる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次の経費です(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除く。)。

- ・賃金、報酬、謝金、会議費、旅費、需用費(消耗品費、印刷製本費、材料費、 光熱水費、燃料費、修繕料、医薬材料費)、役務費(通信運搬費、手数料、保 険料)、委託料、使用料及び賃借料、備品購入費
- ※ 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、幅広く対象となります。「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」は対象になりません。
- ※ 本補助金は令和3年度の補助金であり、令和2年度の経費は対象になりません。
- ※ 令和2年度第二次補正予算による「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」や「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」、令和2年9月15日の予備費による「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」、令和2年度第三次補正予算による「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体

制確保支援補助金しの対象経費と同じです。

3. 申請書の提出

- (1) 提出期限 **令和3年9月30日(当日消印有効)**
- (2)提出方法 以下へ郵送してください。

住所: 〒119-0397 銀座郵便局留

宛先: 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医

療提供体制確保支援補助金担当 宛

- (3)提出書類 [申請する経費の支出が全て終わっている場合]
 - ①交付申請書(第5号様式)
 - ②申請書の別紙
 - ③厚生労働省への請求書

下記の厚生労働省ホームページ からダウンロードしてください。

- ④ (「診療・検査医療機関(仮称)」の場合のみ) 「診療・検査医療機関(仮称)」として都道府県から指定を受けたことを証明する書類(都道府県の指定通知書等の写し)
- ⑤申請する経費に係る領収書等の支出額が分かるもの(写し)

[申請する経費の支出が終わっていない場合]

- ①交付申請書(第3号様式)
- ②申請書の別紙

下記の厚生労働省ホームページからダウンロードしてください。

- ③厚生労働省への請求書
- ④ (「診療・検査医療機関(仮称)」の場合のみ) 「診療・検査医療機関(仮称)」として都道府県から指定を受けたことを証明する書類(都道府県の指定通知書等の写し)
- ※ 事後に事業実績報告が必要となりますので、領収書等の証拠 書類は保管しておいてください。
- ※ 提出書類①~③は以下の厚生労働省ホームページに掲載されていますので、 ダウンロードして記載してください。

URL: https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage 17941.html

- ※ 提出書類④は、都道府県から指定通知書や指定証明書などの交付を受けてください。本補助金の申請日時点で指定通知書等に記載された指定期限が切れている場合(*)は、申請日時点で診療・検査医療機関(仮称)の指定期限内である指定通知書等を入手した上で申請するようお願いします。 * 例えば、指定期限が令和3年3月31日までとされている場合等。
- ※ 申請書の作成方法等は、「申請書記載例」を参照してください。

4. 補助金の交付決定等

提出いただいた申請書については、補助対象となる医療機関等であるか等の審査を行います。審査の結果、補助金の交付を決定した医療機関等には「交付決定通知書」を郵送するとともに、請求書に記載の金融機関へ振込を行います。

5. 事業実績報告の提出

申請時に「申請する経費の支出が終わっていない場合」は、事業(支出)が終わった日から1か月以内又は令和4年4月10日のいずれか早い日までに事業実績報告書を提出してください。

提出方法:以下へ郵送してください。

住所: 〒119-0397 銀座郵便局留

宛先:厚生労働省 新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医

療提供体制確保支援補助金担当 宛

(<u>※交付決定通知と同封されている案内状の通知番号(左</u>上記載)を封筒に記載して送付ください)

提出書類:①事業実績報告書(第4号様式)

②実績報告書の別紙

下記の厚生労働省ホームページからダ ウンロードしてください。

③領収書等の支出額が分かるもの(写し)

※ 提出書類①~②は以下の厚生労働省ホームページに掲載されています ので、ダウンロードして記載してください。

URL: https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage 17941.html

6. 留意事項

- (1)本補助金により 30 万円以上(地方公共団体は 50 万円以上)の機械、器具及び その他の財産を取得した場合、当該財産を耐用年数より前に補助金の目的外に使 用することや、譲渡、交換、貸付、担保、廃棄する場合には厚生労働大臣の承認 が必要になり、内容によって補助の全部又は一部を返納いただくことになります。 耐用年数前に廃棄等を行う場合には、厚生労働省医政局医療経理室(電話:03-3595-2225)までご連絡ください。
- (2) 令和3年度の消費税及び地方消費税の確定申告により、補助金に係る消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額が確定した場合は、令和5年6月30日までに第2号様式を厚生労働省へ提出してください。なお、補助金に係る仕入控除税額がある場合には、当該仕入控除税額を返納いただくことになります。
 - ※ 提出先: 〒100-8916 東京都千代田区霞が関 1-2-2 厚生労働省医政局医療経理室あて (電話番号) 03-3595-2225

- (3) 同一の物品等に対して本補助金と他の補助金を重複して受けとることはできません。
- (4) 本補助金の申請は、1回限りですので、申請漏れ等ないように確認をお願いします。

7. 添付資料

- (1) 本補助金の概要資料
- (2) 令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金に関するQ&A
- (3) 申請書様式、申請書記載例
- (4) 実績報告書、実績報告書記載例
- (5) 令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金交付要綱

厚生労働省医政局医 療 経 理 室 医療経営支援課

(問合せ先)

厚生労働省医療提供体制支援補助金

コールセンター

電話:0120-336-933

(平日 9:30~18:00)

診療・検査医療機関の感染拡大防止等の支援

(令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金)

事業目的

国による直接執行

(令和2年度第三次補正予算額:212億円)

○ 診療・検査医療機関(仮称)については、都道府県の指定に基づき専ら発熱患者等を対象とした外来体制をとる医療機関であり、新型コロナの感染が急速に拡大する中で、院内等での感染拡大を防ぎながら発熱患者等に対する診療・検査を提供することができるよう、緊急的臨時的な対応として、感染拡大防止等の支援を行う。

事業内容

〔対象医療機関〕

院内等で感染拡大を防ぐための取組を行う、都道府県の指定を受けた診療・検査医療機関(仮称)

- ※ 当該医療機関については、少なくとも令和3年9月30日まで診療・検査医療機関(仮称)として継続すること。
- ※ 「診療・検査医療機関の感染拡大防止等の支援」又は「医療機関・薬局等の感染拡大防止等の支援」のどちらかの補助を受けることができる(両方の補助を重複して受けることはできない)。
- ※ 令和2年度第二次補正予算による「医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援」の補助を受けた医療機関も補助対象となる。
- ※ 令和2年9月15日の予備費による「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機 関体制確保事業 | の感染拡大防止等の補助を受けた医療機関は対象外。
- ※ 令和2年度第三次補正予算による「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」の補助を受けた医療機関は原則として対象外。ただし、同補助金の申請日以降に新たに診療・検査医療機関(仮称)の指定を受けた医療機関は、同補助金の補助基準額が本補助金の補助基準額より低い場合は、差額について本補助金の申請が可能。

〔補助基準額〕以下の額を上限として実費を補助

- · 診療·検査医療機関(仮称) 100万円
- 〔対象経費〕令和3年4月1日から令和3年9月30日までにかかる感染拡大防止対策や診療体制確保等に要する費用 (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除く)
 - ※ 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、幅広く対象となる。

例:消毒・清掃・リネン交換等の委託、感染性廃棄物処理、個人防護具の購入、寝具リース、CTリース等

医療機関・薬局等の感染拡大防止等の支援

(令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金)

事業目的

国による直接執行

(令和2年度第三次補正予算額:858億円)

- 新型コロナの感染が急速に拡大する中で、医療機関・薬局等においては、それぞれの機能・規模に応じた地域の役割分担の下で、必要な医療提供を継続することが求められる。
- 医療機関·薬局等において、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ことができるよう、 緊急的臨時的な対応として、感染拡大防止等の支援を行う。

事業内容

〔対象医療機関〕

院内等での感染拡大を防ぐための取組を行う、保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者、助産所

- ※「診療・検査医療機関の感染拡大防止等の支援」又は「医療機関・薬局等の感染拡大防止等の支援」のどちらかの補助を受けることができる(両方の補助を重複して受けることはできない)。
 - ※ 令和2年度第二次補正予算による「医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援」の補助を受けた医療機関も補助対象となる。
- ※ 令和2年9月15日の予備費による「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」の感染拡大防止等の補助を受けた医療機関については、令和2年度第三次補正予算の「医療機関・薬局等の感染拡大防止等の支援」の方が補助上限額が高い場合は、差額分を補助。
- ※ 令和2年度第三次補正予算による「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」の補助を受けた医療機関等は対象外。

〔補助基準額〕以下の額を上限として実費を補助

- · 病院·有床診療所(医科・歯科) 25万円+5万円×許可病床数
- ・無床診療所(医科・歯科) 25万円
- · 薬局、訪問看護事業者、助産所 20万円

〔対象経費〕 令和3年4月1日から令和3年9月30日までにかかる感染拡大防止対策や診療体制確保等に要する費用 (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除く)

- ※ 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、幅広く対象となる。
 - 例:消毒・清掃・リネン交換等の委託、感染性廃棄物処理、個人防護具の購入、寝具リース、CTリース等
- ※ 看護師等が消毒・清掃・リネン交換等を行っている場合は、看護師等の負担軽減の観点から、本補助金を活用して、民間事業者に消毒・清掃・リネン交換等を委託することが可能。

2

令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金に関するQ&A

令和3年4月9日 第1版

[事業内容について]

1 「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保 支援補助金」による補助を受けています(又は申請を行っています)が、本 補助金の申請を行い、補助を受けることができますか。

(答)

- 本補助金は、原則として、「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大 防止・医療提供体制確保支援補助金」による補助を受けた医療機関等は対象外 となります。
- ただし、「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」の申請日以降に新たに診療・検査医療機関(仮称)の指定を受けた医療機関については、同補助金の補助基準額(上限額)が本補助金の補助基準額(上限額)より低い場合は、差額について本補助金の申請をすることができます。

2 どのような経費が補助対象となるのでしょうか。

- 「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」 を除き、感染拡大防止対策や診療体制確保等に要する費用が対象です。
- 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ついて、幅広く対象となります。
 - ※ 例:清掃委託、洗濯委託、検査委託、寝具リース、感染性廃棄物処理、 個人防護具の購入等
 - ※ 二次補正予算による「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」 や「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」、令和2年9月15日の予備費による「インフルエン ザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周 産期・小児医療機関体制確保事業」、令和2年度第三次補正予算による「令 和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補

助金」の対象経費と同じです。

3 いつからいつまでの経費が対象となるのでしょうか。また、申請期間はいつからいつまでになるのでしょうか。

(答)

- 令和3年4月1日から令和3年9月30日までにかかる経費が対象となります。
- 申請期間は、令和3年4月9日から令和3年9月30日(当日消印有効)です。
 - ※ 本補助金は、令和3年度の補助金であり、令和2年度の経費は対象になりません。
- なお、申請日以降に発生が見込まれる費用も合わせて、概算で申請することも可能としています。概算で申請した場合、事業終了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。
- 4 新型コロナ患者・疑い患者の受入れ対応等をしていなくても対象となるのでしょうか。

(答)

- 補助の対象となる医療機関等の区分のうち、「医療機関・薬局等」については、新型コロナ患者・疑い患者の受入れ対応は要件となっていません。
- 5 病院や有床診療所について、許可病床数に応じて上限額が加算されますが、加算される許可病床数に上限はあるのでしょうか。

- 許可病床数の上限はありません。
- 6 本事業について、許可病床数には一般病床以外の病床も含まれるのでしょ

うか。また、いつ時点の許可病床数になるのでしょうか。

(答)

- 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となります。
- なお、原則として、令和3年4月1日時点での許可病床数となりますが、 増床や新規開院をしている場合は「申請を行う日」の許可病床数を用いてく ださい。
- 7 交付決定前に契約した事業であっても、本補助金の交付要綱に沿った事業 であれば、補助対象になるのでしょうか。

(答)

- 交付要綱に基づいた事業であり、令和3年4月1日から令和3年9月30日までの期間に実施する事業に係る経費であれば補助対象となり得ます。ただし、他の補助事業の対象経費としたものを計上することはできません。
- 8 本補助金で整備した設備について、新型コロナウイルス感染症の終息後、 廃棄する場合、財産処分の手続きが必要となるのでしょうか。

- 交付要綱6(5)に定めるとおり、事業により取得し、又は効用の増加した財産で価格が単価50万円(民間医療機関にあっては30万円)以上の機器及びその他の財産については、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律施行令第14条第1項第2号に規定により厚生労働大臣が別に定める期間を経過するまで、本補助金の交付の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け、担保に供し又は廃棄する場合は、厚生労働大臣の承認が必要となります。
- ただし、新型コロナウイルス感染症対策として緊急的・一時的に整備が必要であり、元々、新型コロナウイルス感染症の終息後に廃棄することが予定されている場合は、交付の目的に反しているわけではないので、厚生労働大臣の承認を受けずに廃棄することが可能です。
- なお、財産を処分することにより収入があった場合には、その収入の全部 又は一部を国庫に納付していただくこととなります。
- 9 質問 2 において、「『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』を除き、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、幅広く対象となる」旨が記載されていま すが、例えば、以下のような経費も対象となり得るということでよいでしよ うか。

(例)

- ・日常業務に要する消耗品費(固定資産に計上しないもの)
- ・日常診療に要する材料費(衛生材料、消毒薬など)
 - ※ 直接診療報酬等を請求できるもの以外
- ・換気のための軽微な改修(修繕費となるもの)
- ・水道光熱費、燃料費
- ・電話料、インターネット接続等の通信費
- ・休業補償保険等の保険料
- ・受付事務や清掃の人材派遣料で従前からの契約に係るもの
- ・受付事務や清掃の外部委託費で従前からの契約に係るもの
- ・日常診療に要する検査外注費
 - ※ 直接診療報酬等を請求できるもの以外
- ・既存の施設・設備に係る保守・メンテナンス料
- ・既存の診療スペースに係る家賃
- ・既存の医療機器・事務機器のリース料

- 本事業は、感染防止対策に取り組む保険医療機関等において、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ことができるよ う、感染防止対策等の支援を行うことを目的としています。
- こうした補助金の目的に合致するものは、感染拡大防止対策に要する費用 そのものにとどまらず、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、幅広く対象と なり、例示された経費も対象となり得ます。
 - ※ 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かかる人件費は対象になりません。
- 10 質問3において、「令和3年4月1日から令和3年9月30日までにかかる経費が対象となる」旨が記載されていますが、例えば、当該医療機関の医療従事者が新型コロナ感染症に感染したことに伴い、一時的に閉院又は外来を閉鎖した場合の補償を行う保険の保険期間に令和3年10月1日以降が含

まれている場合は、当該期間の保険料は控除して申請する必要がありますか。

(答)

- 医療従事者が新型コロナウイルス感染症に感染したこと又は濃厚接触したことに伴い、休業又は病棟や外来の閉鎖をした場合の補償を行う保険については、医療機関が医療提供を継続する上で避けることのできない新型コロナウイルス感染症への感染や濃厚接触の可能性に備えるものです。
- 〇 そのため、以下の①から③を全て満たす場合には、令和3年4月1日から 令和3年9月30日までに支払った保険料の全額を補助対象の経費として差 し支えありません。
 - ① 新型コロナウイルス感染症の影響による休業(病棟や外来を閉鎖した場合を含む)について補償する保険であること。
 - ② 契約期間を任意に設定することができないことにより、保険期間に令和3年10月1日以降が含まれること。
 - ③ 令和3年4月1日から令和3年9月30日までに保険料の支払いを行っており、その支払った額が12か月以下の最も短い期間を対象とした保険料であること。
- 11 簡易病室の設置について、例えば、簡易病室を駐車場等に設置する場合 や、既存病室を個室化して簡易病室に改修する場合などで、固定資産に計上 しないものであれば、補助の対象になりますか。補助の対象となる場合、申 請する科目名は何になりますか。

(答)

- 簡易病室の設置(駐車場等への設置、既存病室の個室化を含む)については、簡易な構造をもち緊急的かつ一時的に設置するものであって、固定資産に計上されないものであれば、備品購入費や、需用費の修繕料として、補助の対象となり得ます。
- 12 HEPA フィルターの付いていない空気清浄機や、医療用でない一般用の空気清浄機の購入費用も、補助の対象になりますか。

(答)

○ 本事業は、感染防止対策に取り組む保険医療機関等において、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ことができるよ う、感染防止対策等の支援を行うことを目的としています。

- こうした補助金の目的に合致するものは、空気清浄機についても、HEPA フィルターの有無や、医療用か一般用かどうかで補助対象の適否の別を設け ることなく、幅広く補助の対象となり得ます。
- 13 備品購入費について、新型コロナ患者・疑い患者の診療に要する機器・備品の購入に限らず、日常診療業務に要する医療機器、空気清浄機、事務機器等の備品も対象となり得ますか。

(答)

- 本事業は、感染防止対策に取り組む保険医療機関等において、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ことができるよ う、感染防止対策等の支援を行うことを目的としています。
- こうした補助金の目的に合致するものは、感染拡大防止対策に要する費用 そのものにとどまらず、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、幅広く対象と なり、例示された経費も対象となり得ます。

14 補助の対象となる機器・備品1台の購入価格に上限はありますか。

(答)

- 補助の対象となる機器・備品1台の購入価格に上限は定めていません。
 - ※ 対象医療機関等の区分ごとの補助の上限額は決まっています。

15 紫外線殺菌照射装置の購入費用も、補助の対象となりますか。

- 本事業は、感染防止対策に取り組む保険医療機関等において、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ことができるよ う、感染防止対策等の支援を行うことを目的としています。
- O こうした補助金の目的に合致するものは、照会された経費も対象となり得ます。

[申請等について]

1 申請に関する相談はどこにすればいいですか。

(答)

- 国が直接交付を行う事業となっているため、申請先は国(厚生労働大臣) となります。
- 申請書の書き方など申請に関する相談などは、以下の連絡先にお問い合わせください。
 - ※ 厚生労働省医療提供体制支援補助金コールセンター電話:0120-336-933(平日9:30~18:00)

2 申請にあたり必要な書類など、具体的な手続きはどうすればいいですか。

(答)

○ 以下の厚生労働省ホームページにおいて、申請書様式のダウンロードができるほか、申請書記載例も掲載していますので、ご確認ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_17941.html

○ 申請に当たって提出が必要な書類は、以下のとおりです。

[申請する経費の支出が全て終わっている場合]

- ①交付申請書(第5号様式)
- ②申請書の別紙
- ③厚生労働省への請求書

上記の厚生労働省ホームページ からダウンロードしてください。

- ④ (「診療・検査医療機関(仮称)」の場合のみ) 「診療・検査医療機関(仮称)」として都道府県から指定を受けたこと を証明する書類(都道府県の指定通知書等の写し)
- ⑤申請する経費に係る領収書等の支出額が分かるもの(写し)

[申請する経費の支出が終わっていない場合]

①交付申請書(第3号様式)

上記の厚生労働省ホームページ

②申請書の別紙

からダウンロードしてください。

- ③厚生労働省への請求書
- ④ (「診療・検査医療機関(仮称)」の場合のみ) 「診療・検査医療機関(仮称)」として都道府県から指定を受けたこと を証明する書類(都道府県の指定通知書等の写し)

- ※ 事後に事業実績報告が必要となりますので、領収書等の証拠書類は保 管しておいてください。
- 申請書等の提出は、以下へ郵送してください。

住所: 〒119-0397 銀座郵便局留

宛先: 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供

体制確保支援補助金担当 宛

3 いつまでに申請する必要がありますか。

(答)

- 〇 申請書の提出期限は、令和3年9月30日(当日消印有効)です。
- 4 「診療・検査医療機関(仮称)」の場合、診療・検査医療機関(仮称)として都道府県に指定を受けたことを証明する書類が必要とのことですが、具体的にどのような書類が必要ですか。

(答)

- 都道府県が発行する「診療・検査医療機関(仮称)」の指定通知書や指定 証明書等の写しを添付してください。本補助金の申請日時点で指定通知書等 に記載された指定期限が切れている場合(*)は、申請日時点で診療・検査医 療機関(仮称)の指定期限内である指定通知書等を入手した上で申請するよ うお願いします。
 - * 例えば、指定期限が令和3年3月31日までとされている場合等。

5 対象期間中であれば、複数回の申請が可能ですか。

(答)

申請は各施設で1回のみです。

【申請書等作成にあたっての注意点】

- ※必ず記載例を確認してください。
- ※「別紙」に必要事項を記載すれば、「第3、5号様式」及び「請求書」に 自動転記されますので、まずは、「別紙」を記載してください。

【掲載資料一覧】

申請時に使用するシート

- ○第3、5号様式
- ○別紙
- ○請求書
- 〇 (支払いが完了している場合) 領収書等貼付用紙

記載例

- ○第3、5号様式(記載例)
- 〇別紙(記載例)
- 〇請求書(記載例)

申請日 (別紙より自動転記)

厚生労働大臣 殿

所在地 (別紙より自動転記) 施設名称 (別紙より自動転記) 代表者名 (別紙より自動転記)

「令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」の交付申請書

標記について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて申請する。

- 1 国庫補助申請額
- 金(申請額 自動転記)円
- 2 交付申請書(別紙)
- 3 添付書類

請求書

「令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」について、下 記の通り請求します。

金 (自動計算) 円

なお、上記金額は次の口座へお振り込みください。

金融機関名	別紙より転記	支店名	別紙より転記
預貯金種別	別紙より転記	口座番号	別紙より転記
(フリガナ)		別紙より転記	
口座名		別紙より転記	
郵便番号	別紙より転記		
住所	別紙より転記		
交付申請	別紙より転記		
交付請求			

代表者名

印

官 署 支 出 官 厚生労働省大臣官房会計課長 殿

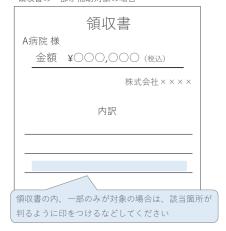
紙	色セル部分									icなります。 ウイルス原		或纨 廿-	i-Rt	小. 医療:	电/ 扩大	441 Tale /	显士:	聖油田	th d≥r				
山地口						ъ иµо∙		 	1117	ソイルへ組	(SE 1112	祖太河 117	∕ W.	一、安徽(定伏许	THE NAME	7 P. 4	. Ariela	ујао			∆ 4π <i>c</i>	左曲
中請日	令和		年	明月一	月		日																3年度
基本情報 施設概要		請期間令		4月9日	∃~9月		入力し	してくだ	さい							Ħ	入	カのI	須目	があり	ります	•	
医療機関等 Iード(10桁)										施設名	称												
表者職名						代表	者氏	名															
連絡先		担当部	署			担当	4者氏	:名		連絡	先電訊	番号					連制	先メー	ールフ	アドレス			
			載福	番号					報道	府県						市区	(町村	以降					
所在地			-	H 7					THPARE	אד ניח.						ily K	red to	松严					
施設類型(ナ	゚ルダウンから	5選択)							許	可病床数				施影	類型及	び許可	可病は	数に	間達	いがな	<u></u>		
和2年度新型	J-0+6.	ノルフ 臓を	九宗殿	幼士十一	t-Rt it	. 医疲坦	L## /#	· 4:17 / 2	原則とし	て令和3年4月1	日現在の				助を受け	- 医療機	職等は、	原則とし	して本	増助金の対	対象外とな	います。	左配の補
る補助を受け	けていなし	.\										よ機	る補助 関(仮	創助金による補 を受けた医療 称)」の場合は	機関で、左 ・申請様式	配補助金	ますの	旧以降I でご注意	に新たけださ	に都道府	果の指定	を受けた	「診療・検
・患者等の診 診療・検査医				関と	して都	道府県(の指え	定を受	(†		「はい」	の場合は,都	進府貿	いら交付され	た指定通信	指や書印	定証明	書等の写	しを添	付してくだ	itu.		
也補助金の受 いコリエンゼ		ハルマボ	#I	<u>.</u>	/ II - 7 =					よる「インフルエ	ンザ流行	行期における	る新型	!コロナウイル:	ス感染症	疑い患者	を受け	入れる勃	女急・周	見産期・小	児医療板	機関体制	確保事業
ンフルエンザ E期・小児医療								11 (2)	(1) 人	10心状感。		必	要に	むじて、左記補	助事業の	申請書							
ンフルエンザ 「業」※の申												小児医療	寮機	関体制確			当該	事業:		請時の 数			
インフルエン・					イルス	感染症	疑い	患者を	受け.	入れる教急・	周産	朝・小児₿	医療	機関体制		非語	亥当						
フルエンザ流行:	期における第	「型コロナウ・ 小基準額(上	イルス感	発症疑り なります	い患者を -((3)(2)	受け入れ	・る教急 れます)	・周産判	小児	医療機関体制剤	保事業	」※の補助を	を受け	た医療機関は	、当該事	集※の	市助基 2	準額(上	」 限額)	が「25万」	円+5万	円×許可	「病床数」
なお、「インフルコ ・疑い患者の入院	エンザ流行期 党受入れを書	における教 り当てた医療	M・周産 製機関)。	期・小児として補	医療機能	男体制確保 (上限額	果事業」)に加算	におい すされて	て、新型 いる10,0	コロナウイルス 000千円につい	感染症 では、本	入院患者受. 補助金の補	入割:	医療機関(国 限額から控除	点医療権力る金額	機関、協力 に含みま	か医療	農闘その)他の	都道府県	が新型=	ロナウ	イルス感気
前助基準額(. 診療・検査医!												ノ感染症	定疑に	い患者を受	け入れ	る教制	a·周i	産期・/	小児	医療機	関体制	確保	*(集
助を受けて											1												
事業の補助	本平観(_	C限観)(h	4))														
インフルエン										入れる救急	-周産	期・小児間	医療			ķ]%0	補助	を受 <u>(</u>	<u>ナてし</u>	いる医療	を機関	_	
事業の補助		上限額)(F	円) (b-	a) †	とだし、b	-a5([0])	以下の増	合合は、	Γ0]					非	該当								
補助金の振	込先						金	融機	ų.											++ -	10		
≥融機関名 :	預金種類							コード				口座番号		を店名						支店コ	_r		
1:普通	2:当座 (フリガナ)									※ 8桁	未満の地	合、頭に「	0)&:	つけて8桁にし	てください								
	対引口座名																						
申請内容	<u>本事業/</u> :	より支出	する内	·容·金	麵(見	込含む	<u>)を下</u>	EO3	艺出科	目ごとに配	載して	下さい。	_										
事業開	始日	令和		年		月		日	事	業終了日	令	和		年	月		B						
	#	4目	F	内容((各科目(の内容を3	0字程	変で記入	ください	、支出(予定)の	ない科	目には「なし	」と記	入してください	٥	(支出(予	支出を	質(円)	‡L0 ገና)	地 (収入)	収入(予定)の	額(円はい場合)	후L0 15都)
	賃金·報																						
	謝金																						
	会議費																						
	旅費																_						
支出	無用費 役務費																			_			
	委託料																-						
		び賃借料															-						
	備品購力																						
	-	出額(総専	(春春)														(白重	計算)				
収入	+	出に対する		力会以る	外の客	付金・その	の他の	収入									\ П 5	»н≀ ЭТ					
f 合計支出									t, ۲۵۱										(自	動計算	Į)		
補助申請額(円) (b又はっとけのいずれか少ない側) [1000円未満切拾] (自動計算)																							
上記「支出	額」につ	ハて、全て	の支柱	ムが完	: 了して	いる。						「はい」の様	合は	、各対象経費に は、事後に実績	ついて、自	 収書(項 エトナレ	し)等の	証拠書	舞を添	付してくだ	さい。	rkur	Marin
確認事項		<u> </u>																				いあいて	uze61.
請内容に補助 上記「賃金										□関する都道/ □う者に係る			いて	同意されな	い場合は	は申請で	きまも	従前か	小ら動理	EL ている	者及び通	常の医療	の提供を
含まれてし		,																に係る	人件费	せは、本事	業の補助	対象外で	· • •
上記「支出	額」に他の	の補助金	と対象	経費な	が重複	するもの	りは含	まれて	こいな	い。								他の補す。	脚金と	ヒ重複する	経費は、	本事業の	補助対象
本事業の国から都道								補助金	の申	清書、実績報	告書	等の内容	を、	必要に応し	τ			必要に 確認さ 記項目	応じて せてい に同!	、他の補助 ただきます ないただく	助金と重さ す。本事項 必要があ	仮する経 (な) (を) (ります。	受がないが を受けるに

交付申請書 (別紙) のIII.申請内容に記載した支出額について、すべての支払が完了している場合にこの様式に領収書(写し)等の証拠書類を添付してください。

<u>領収書等の合計額を入力した後に、</u>本用紙を印刷していただき、対象期間(令和3年4月1日から令和3年9月30日)に、支出した額がわかる書類(領収書等)の写しを貼付して下さい。 領収書等(写し)を本用紙1枚に貼付しきれない場合は、本用紙を複数枚印刷して、領収書(写し)を貼付してください。 A4サイズ以上の領収書等について、本用紙に貼付するのではなく、クリップなどでまとめて添付してください。

貼付例

・領収書の一部が補助対象の場合

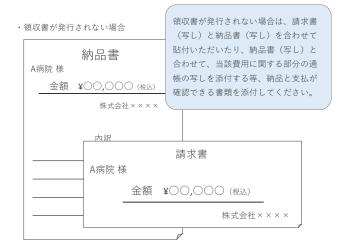


・一部補助対象期間以外の費用も含んでいる場合

補助対象期間以外も含んでいる場合は、按分するなどして申請 (もしくは実績報告)を行う対象期間と申請額を追記してくだ さい。

※領収書(写し)に追記できない場合は、本用紙(貼付した領収書(写し)の近く)に直接追記してください。





(参考) 医療機関等コードにおける都道府県番号一覧及び点数表番号一覧

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	1	石川県	17	岡山県	33
青森県	2	福井県	18	広島県	34
岩手県	3	山梨県	19	山口県	35
宮城県	4	長野県	20	徳島県	36
秋田県	5	岐阜県	21	香川県	37
山形県	6	静岡県	22	愛媛県	38
福島県	7	愛知県	23	高知県	39
茨城県	8	三重県	24	福岡県	40
栃木県	9	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		

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

「東京都」・「医科」の医療機関の場合、 通常使用される7桁の医療機関コードに、 「13(東京都)」・「1(医科)」を加えて **「131**〇〇〇〇〇

となります。

【申請書等作成にあたっての注意点】

- ※必ず記載例を確認してください。
- ※「別紙」に必要事項を記載すれば、「第3、5号様式」及び「請求書」に 自動転記されますので、まずは、「別紙」を記載してください

【掲載資料一覧】

申請時に使用するシート

- ○第3、5号様式
- ○別紙
- ○請求書
- 〇 (支払いが完了している場合) 領収書等貼付用紙

記載例

- ○第3、5号様式(記載例)
- 〇別紙(記載例)
- ○請求書(記載例)

第5号様式

申請書 記載例

医第○○-○号へ

交付申請書 (別紙) の72行目の「上記「支出額」について、全ての支払が完了している。」への回答によって表示される様式番号が以下の通り異なります。

「いいえ」の場合:第3号様式 「はい」の場合:第5号様式

必要に応じ文書番号を記載してください。

厚生労働大臣 殿

必要事項は、交付申請書別紙より自動転記されますので、 転記された内容に間違いないか確認し、必要に応じて、 添付書類の記載を修正や追加してください。また、文書 番号の発番が必要な場合のみ日付の上に記載してくださ い。

東京千代田区〇〇町〇番〇号 〇〇病院 病院長 〇〇 〇〇

「令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助 金」の精算交付申請書

標記について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて申請する。

1 国庫補助申請額

金 3,789,000円

- 2 交付申請書 (別紙)
- 3 添付書類
 - ・都道府県から交付された「診療・検査医療機関(仮称)」の指定通知書
 - 領収書等の証拠書類

交付申請書(別紙)の72行目の「上記「支出額」について、全ての支払が完了している。」への 回答によって表示される書類の名称が、以下の通り異なります。

「いいえ」の場合: 「-----」の交付申請書 「はい」の場合: 「-----」の<u>精算</u>交付申請書

添付が必要な書類が表示されますが、添付書類の内容に修正が必要な場合は、ご自身で修正や追加をしてください。

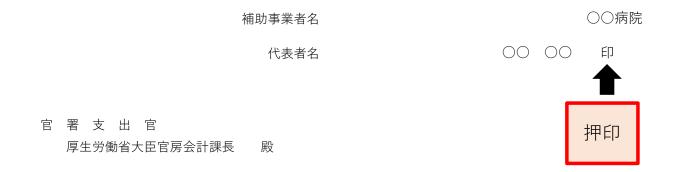
紙	色セル部分に記載を	とお願いいたします。※入	、力するとセルの色が[白になります。			申請書(別紙)	記載例	「診療・検査医療機関」として申請されると最も補助上限額が高くなる医療機関の場合に表示されます。
	3	交付申請書(別紙)	令和3年度新型	コロナウイルス	感染症感染拡大防山	- 医療提供体制確保支援補助金	中明首 (加州)		
申請日	令和 3	年 9 月	30 日		必須項目	(黄色のセル) すべてに入力をして下さい。 入力するとt ※入力内容によって必須項目は異なります。 未入力の項目があり。			必須項目に未入力の項目や施設類型と病床教が一致しない場合は注意書きが表示されます。 ここに注意書きが表示されたま申請されると、記載不備となり補助が受けられない可能性がありますので、ご注意ください。 (記載例では、医療機関等コードのの10桁目が未入力) ※ なお、ここに注意書きが表示されないことで記載不備がないことを約束するものではありません。
施設概要	助産品コードを与った	た! vBh. 奈 証!+「0000000000	」たるカーケ/ださい					医療機関等	コードは、 必ず10桁 で入力してください。
医療機関等 コード(10桁)		未入力の必須項目です。		で確認ください。		〇〇病院			都道府県番号 数表番号_
代表者職名	疖	病院長	代表者氏名	00	00 00			〇6-9桁目; 〇10桁目;	医療機関等番号 余証番号
連絡先	担当部		担当者氏名		絡先電話番号	連絡先メールアドレス			号と点数表番号が判らない場合は、「(参考)都道府県番号・点数表番号一覧」のシートをご参照ください。
	総務		•• ••		03000000	kourou@jp			診療所の場合は、許可病床数を入力して下さい。その他の施設類型の場合は、灰色になります。施設類型と病床数が一致しない場合は、施設類型の
所在地	0 1 2	郵便番号 - 3 4	5 6	都道府県 東京都		市区町村以降 千代田区〇〇町〇番〇号		トル土息書で	が表示されます。
施設類型(プル	ずウンから選択)		(医科)	許可病床敷 病院・有床診療所のみ	200	施設類型及び許可病床数に間違いがない	はい		と類型と病床数に間違いがないか確認して、間違いなければ「はい」を選択してください。(間違いがある場合は、施設類型もしくは許可病床数を修正を選択してください。)
和2年度新型コロ ていない	ナウイルス感染症	主感染拡大防止 - 医療摂	提供体制確保支援補		現在の医療法上の許可病床数 で配の補助 医療機関で が異なります	金による補助を受けた医療機関等は、原用として本補助金の対象外となりま 、左記補助金の中間日以降に新たに都進用系の指定を受けた「診療・検査」 のでご注意がださい。	eす。左記の補助金による補助を受けた 医療機関(仮称)」の場合は、中鉄様式	を受けた	新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金を受領した医療機関で、同補助金の申請日以降に新たに都道府県の指定 診療・検査医療機関(仮称)」の場合は、申請様式が異なりますのでご注意ください。
府県の指定を予	とけた「診療・検査	医療機関(仮称)」である	5 .	はい	「はい」の場合は、修道府県から	交付された指定通知書や指定証明書等の写しを集付してください。		都道府県のださい。	指定を受けた「診療・検査医療機関(仮称)」の場合は、「はい」を選択いただき、都道府県から交付された指定通知書や証明書等の写しを添付してく
補助金の受給			※令和2年9月15日の予備引	費による「インフルエンザ流行	──」 「期における新型コロナウイルス感染症	定疑い患者を受け入れる教急・周 <u>産期・小児医療機関体制確保事業</u>			
	う期における新型= 呆事業」※の補助を	コロナウイルス感染症薬 受けている。	Eい息者を受け入れ	る救急・周産期・小	いいえ 必要に応じて	こ、左記補助事業の申請書や実績報告書の内容を確認いたしします。			流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」の補助を受けた医療機関は、当該事 上限額)が「250千円+50千円×許可病床数」より低い場合、その差額分の補助を本事業により受けることが可能です。
		コロナウイルス感染症質 情に用いる許可病床数(る救急・周産期・小り	児医療機関体制確保事業	*」※の申 当該事業※の申請時の 許可病床数		「インフル	エンザ流行期における教急・周産期・小児医療機関体制確保事業」の補助を受けている医療機関は、必須項目になります。
基準額(上限額	(円)				小児医療機関体制確保事	非政 国			ィエンザ流行期における救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」の補助を受けた医療機関であって「インフルエンザ流行期における救急・周産期・小 体制確保事業」の申請に用いた許可病床数と、本事業の申請に用いる許可病床数が異なる場合は、必須項目となります。
[(上限欄)になりま?	├((3)②に表示されます	h).				「業 <mark>※の補助基準額(上限額)が「25万円+5万円×許可病床数」より</mark> 関、協力医療機関その他の都道府県が新型コロナウイルス感染症患 ¹		_	
療機関)として補助	基準額(上限額)に加算さ	されている10,000千円について	は、本補助金の補助上限	概から控除する金額に含む	みません。			【自動計算] 検査医療機関(仮称)」の場合
		i助金の受給状況」によ 薬局等(「インフルエン・				れる教急・周産期・小児医療機関体制確保事業」※の	補助を受けていない医	• 1,000千日	9又は下記の計算式で算出された額のいずれか大きい額 検査医療機関(仮称)」でない医療機関・薬局等の場合
4等)			I		-			下記計算式	で算出されます。
集の補助基準	植(上限額)(円)		10,2	50,000				・無床診療	床診療所 (医科・歯科) 250千円+50千円×許可病床数 750千円 250千円 250千
ンフルエンザミ	能行期における新 雪	型コロナウイルス感染症	E疑い患者を受け入:	れる教急・周産期・ノ	小児医療機関体制確保事	「業」※の補助を受けている医療機関		・楽局、訪	問看護事業者、助産所 200千円
事業の補助基準	韓(上限額)(円)	(b-a) ただし、b-aが「	0」以下の場合は、「	0]		非該当			
輔助金の振込先									3 ※当該補助金を受けていない医療機関は該当しません。(「非該当」と表示) 月15日の予備費による「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体
≳融機関名		△△銀行	金融機	0 0	0 0 支	店名 ●●支店 支店コー	- F 0 0 1		」の補助基準額(上限額)が「250千円+50千円×許可病床数」より低い場合、差額分が自動計算されます。その差額分が本事業の補助基 額)になります。
	【金種類		F	. 0 0	口座番号(右詰	26)			
1:普通	2:当座 6:別段		1	※ 8#	f未満の場合、頭に「O」をつ	ナで8桁にしてください	1 1 1 1 1	希望される	補助金の振込先を記載してください。
	フリガナ) 引口座名					レビョウイン)病院		- #	
			****			7 77100		尹未册知口	には、申請内容にある支出のうち、最も早く支出される日付を記載してください。
		5内容・金額(見込合む)				事業終了日	が対象期間外です	事業終了日	には、申請内容にある支出のうち、最も遅く支出される日付(支出額確定日)を記載してください。
事業開始	1日 令和	3 年 4	月 10 日	争果殺「日	令和 3	年 10 月 15 日			
	科目	内容(各种	科目の内容を30字程度で1	記入ください。支出(予定)の	のない科目には「なし」と記入して	支出額(円) (支出(予定)のない等目は10 」と組入し で(ださい)	収入額(円) ・定)のない場合は「0」と犯入してください)	事業開始日	や事業終了日が適切でない場合に、注意書きが表示されます。注意書きの記載を確認して、事業開始日や事業終了日を修正してください。
	黄金·報酬	臨時職員の給与				234,000			
	謝金	勉強会の講師謝金				200,000			
	会議費	勉強会の会場費など				120,000		各科目に該	当する費用について、内容と支出額を記入して下さい。支出予定のない科目については内容に「なし」、支出額に「0」を記入してください。
	旅費	医師の派遣の旅費				30,000			、以下のような費用が考えられます。 関係なり、成功は大型と対策にあるできます。
支出	需用費	職員用マスク				350,000		費用につい	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 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。)
	役務費	なし				0		・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 染拡大防止の勉強会を実施するための講師謝金 等
	委託料	清掃委託				2,000,000		· 会議費;	感染拡大防止の勉強会のための会場費 等 染拡大防止研修のための医師派遣にかかる旅費 等
	使用料及び賃借料	なし				0		• 需用費;	消耗品(マスクや消毒用アルコール等)費 等
	備品購入費 d_合計支出額(総事)	空気清浄機、エアコン				855,500 3,789,500		委託料;	コロナ感染により医療機関が休業した場合の医療機関への補償を行う保険の保険料 等 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
		果實) 本補助金以外の寄付金・-	その他の即入			3,769,300	0		び賃借料;寝具リース料 等 費;空気清浄機の購入費 等
		「 (円)(d-e) ただし、d-eが		01		3,789,500			
,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,		補助申請額(円)(b又は			·····································	3,789,000			
:					4				合は、領収書(写し)等の証拠書類の添付が必要になります 場合は、事後に実績報告が必要となりますので、領収書等の証拠書類は保管しておいてください。
上記「支出額	」について、全ての)支払が完了している。			「はい」の場合は、各名でいる」の場合は、単	付金経費について、領収書(字し)等の監測書類を語付してください。 ・接に実績報告が必要となりますので、領収書等の証拠書類は保管しておい	てください。		多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る場合は、申請できませんので、ご確認の上、「はい」を選択してください。
内容に補助の対象					れない場合は申請できませんの		「通常の医療の提供を行う者に係る人 がです。	N. o. t. b. s. c. c.	
_		務している者及び通常			されていない			他の補助金と	重複する経費は本事業の補助対象外ですので、重複する経費が含まれていないことをご確認の上、「はい」を選択してください
上記「支出額	」に他の補助金と対	対象経費が重複するもの	のは含まれていない	•		(よい) 他の補助金と重複する経費(は、本事業の補助対象外です。		て、他の補助金と重複する経費がないか等を確認させていただきます。本事業の補助を受けるには、左記項目に同意いただく必要がありますので、ご確認な、エスパック
本事業の申請	青春、実積報告書等	等の審査・確認過程で、	他の補助金の申請す	書、実績報告書等の	内容を、必要に応じて国	から都道府県 はい がに対象する本事象の権限	:重複する経費がないか等を確認させて を受けるには、左記項目に同意いただ	、「はい」	を選択してください。
に確認するこ	とがあることに同意	B. 9 To .				く必要があります。			

請求書

請求書 記載例

「令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」について、下記の通り請求します。

3,789,000 金 円 なお、上記金額 交付申請書別紙より自動転記されますので、 転記された内容に間違いないかご確認くだ 金融機関名 ●●支店 さい。(間違いがあった場合は、交付申請 預貯金種別 11111111 書別紙を修正してください。) (フリガナ) 間違いがないこと確認の上、代表者印を押 口座名 印してください。 郵便番号 住所 東京千代田区〇〇町〇番〇号 交付申請 令和3年9月30日 交付請求



【申請書等作成にあたっての注意点】 ※必ず記載例を確認してください。

【掲載資料一覧】

申請時に使用するシート

- ○交付申請書
- ○別紙
- ○請求書
- 〇 (支払いが完了している場合) 領収書等貼付用紙

記載例

- 〇交付申請書(記載例)
- 〇別紙 (記載例)
- 〇請求書(記載例)

	4	277	红		ш.	ыn
厚/	Ŧ	Ħ.	惻	て	户	殿

所在地	
施設名称	
代表者名	

「令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」の交付申請書

申請する補助対象経費に申請日以降に支払いが見込まれる費用が含まれている「概算交付申請」である。

申請する補助対象経費の支払いは全て完了している「精算交付申請」である。

↑いずれかにチェック

標記について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて申請する。

- 1 国庫補助申請額 金 円
- 2 交付申請書(別紙)
- 3 添付書類

別紙	黄色セル部分に記	毘載をお願いいたしま	す						
	【表面】	交付申請書(別	川紙) 令和	口3年度新	型コロナウイ	ルス感染症感	染拡大防止・医療	₹提供体制確保支援補	助金
申請日	令和 年	月	日					医療機関等コードは、必ず10桁で記 ○1-2桁目;都道府県番号	記入してください。
Ⅰ. 基本情報 (1)施設概要								○3桁目;点数表番号 ○4-5桁目;郡市区番号 ○6-9桁目;医療機関等番号	
医療機関等	助産所コードを有さない助産	所は「9999999999」	を入力してくだ	きない					
					施設名称				
代表者職名		1	代表者氏名						
連絡先	担当部署	担当	i者氏名		連絡先電話番	号		連絡先メールア	ドレス
	郵便	 番号		 都道府県			L	市区町村以降	
所在地	-								
「令和2年度新型コ る補助を受けていた	ロナウイルス感染症感染拡ない	大防止・医療提供	体制確保支援	補助金」によ	はい	しいしいス 医療機関	前助金による補助を受けた医療機 で、左記補助金の申請日以降に すのでご注意ください。	関等は、原則として本補助金の対象外。 新たに都道府県の指定を受けた「診療	となります。左記の補助金による補助を受けた ・検査医療機関(仮称)」の場合は、申請様式が
					:				
(2)補助基準額の算	定 ※ 該当する施設区分	にチェックを記入	していただき、記	記載の算定方法	に従って「a 本事 	業の補助基準額(₋	上限額)」を記入してく	ださい。	
	ンザ流行期における救急・周暦					②イン		る救急・周産期・小児医療	
	・検査医療機関(仮称)	①(ii)院内等 ————————————————————————————————————	での感染拡大防	正等の取組を行 T		Δ1Π 2	機関体制確保事業の補助		┃ ※1 都道府県の指定を受けた「診療・検査医療
	診療又は検査可能な医療機関				薬局、			る「インフルエンザ流行期」	機関(仮称)」の場合は、都道府県から交付され
	『道府県の指定を受けた - 原序機関(仮称) - スキス	病院	有床	無床	助産所、			染症疑い患者を受け入れる	た指定通知書や指定証明書等の写しを添付してく
一日日の一日日の日本日日日の日本日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日	医療機関(仮称)」である。	기억 맛.	診療所	診療所	訪問看護事			制確保事業」の補助を受け	ださい。
 [lttv] • [_ - いいえ」 いずれかにチェック				業者		ている 「はい」・「いいえ」		
はい	いいえ		 該当する類	 型にチェック			はい	いいえ	※ 2 原則として、令和3年4月1日時点の許可病床
									数となりますが、それ以降に増床や新規開院をし
		············ 許可症			<u> </u>		業申請時の許可病床数 ※3		ている場合は「申請日」の許可病床数を用いてく
※1 指定通知書等		H1 37F	361300 /	1					ださい。
の写しを添付]					
					○薬局、 ○訪問看護事業者	○はい;当該哥	事業の補助上基準額(上限額))	※3「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産
○はい;1,000	0,000円 ○いいえ;0円	○病院、有床診療	 听	】 │○無床診療所	 	許可病床199床	以下;10,000,000円		期・小児医療機関体制確保事業」の補助を受けた
		250,000+(50,000	〈許可病床数)円	250,000円	200,000円		R毎に 2,000,000円追加	○いいえ;0円	医療機関は、その補助申請時に用いた許可病床数
						·	コナ患者受入割当医療機関の場合 100,000円は考慮しない		を記載してください。
↓	\	↓	↓	. ↓	. ↓	M# C 10 5 10,0			
①(i) とし	ての補助基準額(上限額)	1	(ii)としての補I	助基準額(上限	額)	2	の補助済み事業における	補助基準額(上限額)	
①(i)		①(ii)					2		
		①(i)と①(ii)の <u>いずれか</u>	 大きい額 					
			①として	▼ の補助基準額	(上限額)			а	本事業の補助基準額(上限額)

1

必ず裏面も記入してください

а

①から②を<u>差し引いた額</u>

【裏面】 交付申請書(別紙)_令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金

Ⅱ. 補助金の振込:	Ż	Í	Ì
------------	---	---	---

金融機関名			金融機関コード	支店名		支店コード	
預金種類		口应来只(大計以)		(フリ	ガナ)		
	別段	口座番号(<u>右詰め</u>) ※ 8桁未満の場合、頭に「0」をつけて8桁にしてくだ	さい	取引口]座名		

Ⅲ. 申請内容 *※本事業により支出する内容・金額(見込含む)を下記の支出科目ごとに記載して下さい。*

事業問	見始日	令和	年	月	日	事業終了日	令和	年	月	日
	科目		内容	字 (※各科目の)内容を30字程	程度で記入ください。支出∃	予定のない科目に	こは「なし」と	記入してください	,)

	科目	内穴 (ツを対しのも向と20向犯序できる)(がと)、 ナルマウのかいがりには「か」」 トラスナマくがとい。)	支出額(円)	収入額(円)
	14 H	内容 (※各科目の内容を30字程度で記入ください。支出予定のない科目には「なし」と記入してください。)	(支出(予定)のない科目は「0 」と 記入してください)	(収入(予定)のない場合は「0 」と 記入してください)
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_合計支出額(総事業	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
収入	c_上記支出に対する <u>本</u>	<u>は補助金以外</u> 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) ※ただし、b -cが「0」以下の場合は、「0」		
補助金交	付申請額(円)(aとdのい	いずれか少ない額) 【1000円未満切捨】		

上記「支出額」について、全ての支払が完了している。 はい いいえ 「はい」の場合は、各対象経費について、領収書(写し)等の証拠書類を添付してください。 いいえ」の場合は、事後に実績報告が必要となりますので、領収書等の証拠書類は保管しておいてください。

Ⅳ.確認事項 ※申請内容に補助の対象にならない経費が含まれている場合や他の補助金への申請内容等に関する都道府県への確認について同意されない場合は申請できませんので、ご確認ください。

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	
上記「支出額」に他の補助金と対象経費が重複するものは含まれていない。	はい いいえ	「はい」/「いいえ」のいずれかに 「〇」をつけてください。
本事業の申請書、実績報告書等の審査・確認過程で、他の補助金の申請書、実績報告書等の内容を、必要に応じて国から都道府県に確認することがあることに同意する。	はい いいえ	

請求書

「令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」の交付申請書について、下記の通り請求します。

金

なお、上記金額は次の口座へお振り込みください。

金融機関名	支店名	
預貯金種別	口座番号	
(フリガナ)		
口座名		
郵便番号		
住所		
交付申請		
交付請求		

(代表者名) 印

官 署 支 出 官 厚生労働省大臣官房会計課長 殿

参考様式

	領収書等貼付用紙_令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金									
医療機関等 コード(10桁)	。									
補助申請額 (交付申請書(別紙)からの転記) 領収書等の合計額										
交付申請書(別編	<u> </u>									

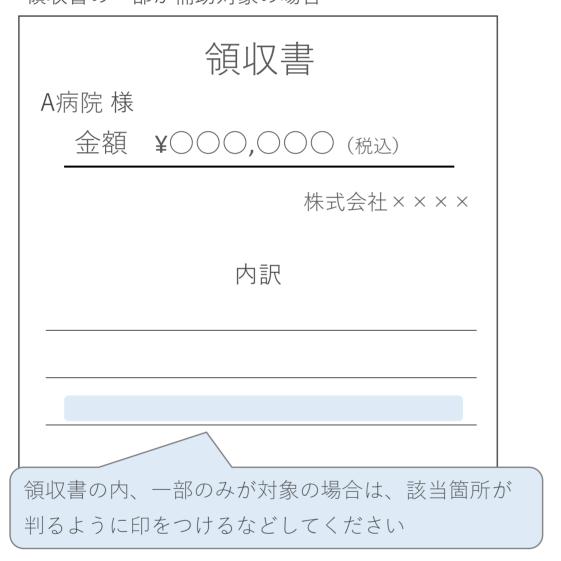
対象期間(令和3年4月1日から令和3年9月30日)に、支出した額がわかる書類(領収書等)の写しを貼付して下さい。

領収書等(写し)を本用紙1枚に貼付しきれない場合は、本用紙を複数枚印刷して、領収書(写し)を貼付してください。 A4サイズ以上の領収書等について、本用紙に貼付するのではなく、クリップなどでまとめて添付してください。

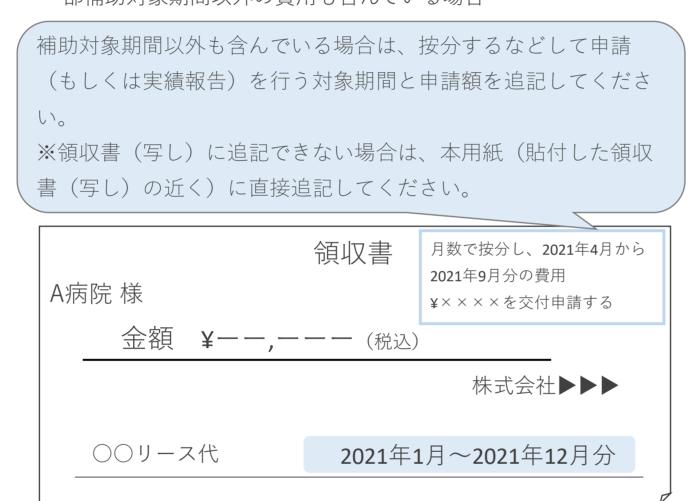
(領収書(写し)は、こちらの線より下に貼付してください。 ※記載されている貼付例や注意事項と重ねて貼付しても差し支えありません。)

貼付例

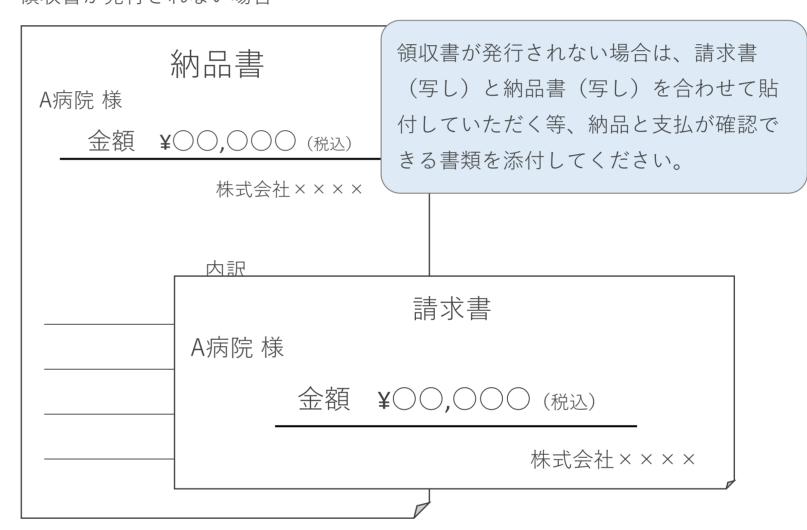
・領収書の一部が補助対象の場合



・一部補助対象期間以外の費用も含んでいる場合



・領収書が発行されない場合



【申請書等作成にあたっての注意点】 ※必ず記載例を確認してください。

【掲載資料一覧】

申請時に使用する用紙

- ○交付申請書
- ○別紙
- ○請求書
- 〇 (支払いが完了している場合) 領収書等貼付用紙

- 〇交付申請書(記載例)
- 〇別紙 (記載例)
- ○請求書(記載例)

文書の番号など管理される場合はこちらに入力ください

令和 3 年 9 月 30 日

厚生労働大臣 殿

所在地	東京都千代田区霞が関〇〇〇
施設名称	○○病院
代表者名	000

「令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」の交付申請書

必ず、いずれか該当する方に「✔」を入れてくださ い

申請する補助対象経費に申請日以降に支払いが見込まれる費用が含まれている「概算交付申請」である。

申請する補助対象経費の支払いは全て完了している「精算交付申請」である。

↑いずれかにチェック

標記について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて申請する。

- 1 国庫補助申請額 金 3,250,000 円
- 2 交付申請書(別紙)
- 3 添付書類
 - ・支出が確認できる書類(領収書等)

交付申請書(別紙)に記載の「補助交付申請額」 を記載してください

別紙		分に記載をお願いいたします				
	【表面】	交付申請書(別紙)_令和	13年度新型コロナウイルス感染	症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金		
申請日	令和3年	9 月 30 日		医療機関等コードは、必ず10桁で記入してくた 〇1-2桁目;都道府県番号		
Ⅰ . 基本情報				○3桁目;点数表番号 ○4-5桁目;郡市区番号	I	医療機関等コードは、 必ず10桁 で入力してください。 〇1-2桁目;都道府県番号
(1)施設概要	h産所コードを有され	い助産所は「999999999」を入力して〈	ください	○6-9桁目;医療機関等番号 ○10桁目;検証番号		O3桁目;点数表番号 O4-5桁目;郡市区番号
医療機関等	9 8 7	6 5 4 2 3 1	施設名称			〇6-9桁目;医療機関等番号
コード(10桁) 代表者職名	 病院	長 代表者氏名	00 00			〇10桁目;検証番号 都道府県番号と点数表番号が判らない場合は、「(参考)都道府県番号・点数表番号一覧」のシートをご参照ください。
10.数有概有				*市処先 J コマビレフ		
連絡先	担当部署 総務部	担当者氏名	連絡先電話番号 030000000	連絡先メールアドレス@@@@@@@@@		令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金を受領した医療機関で、同補助金の申請日以降に新たに都道府県
	小いろか ロド					の指定を受けた「診療・検査医療機関(仮称)」の場合は、申請様式が異なりますのでご注意ください。
所在地	0 1 2	郵便番号 - 3 4 5 6	都道府県 東京	市区町村以降 千代田区〇〇町〇番〇号		
	ロナウイルス感染物	正感染拡大防止・医療提供体制確保	支援補助会	左記の補助金による補助を受けた医療機関等は、原則として本補助金の対象 外と なりま。	ナ。左記の補助金による補助を受	都道府県の指定を受けた「診療・検査医療機関(仮称)」の場合は、「はい」を選択いただき、都道府県から交付された指定通知書や指定証明
による補助を受けて				けた医療機関で、左記補助金の申請日以降に新たに都道府県の指定を受けた「診療・検 請様式が異なりますのでご注意ください。	査医療機関(仮称)」の場合は、申	書等の写しを添付してください。
(2)補助基準額の算定	宦 ※ 該当する放	西設区分にチェックを記入していたださ	き、記載の算定方法に従って「a 本事業の補	助基準額(上限額)」を記入してください。		
		急・周産期・小児医療機関体制確保事業の補 (1) (:) に由策系の成熟拡大路		②インフルエンザ流行期における救急・周産期・小児医療機関体制確保事業の補助を受けた医療機関		
	検査医療機関(仮称 療又は検査可能な医療			令和2年9月15日の予備費による「インフルエンザ流行		「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」の補助を受けた
として都道	道府県の指定を受けた		無床 助産所、	期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入		医療機関は、当該事業の補助基準額(上限額)が「250千円+50千円×許可病床数」より低い場合、その差額分の補助を本事業により受けることが可能です。
診療・検査医療	療機関(仮称)」であ	る。 病院 診療所	診療所 訪問看護事	れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」の補助 を受けている。		
「はい」・「いし	いえ」 いずれかにチェ		業者	「はい」・「いいえ」 いずれかにチェック 療機関(府県の指定を受けた「診療・検査医 仮称)」の場合は、都道府県から交付	
はい	いいえ	該当する類	型にチェック	ください	定通知書や証明書等の写しを添付して	
		<u>・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・</u>		当該事業申請時の許可病床数 ※3		
※1 指定通知書等		300		300 ※2 原則	として、令和 3 年 4 月 1 日時点の許可病	
の写しを添付			○薬局、 ○計器で##### (○はい:	床数とな	りますが、それ以降に増床や新規開院	
○はい; 1,000,00	000円 ○いいえ;(円		に199床以下;10,000,000円	る場合は「申請日」の許可病床数を用さい。	
		250,000+(50,000×許可病床数)円	250,000円 200,000円	②いいえ;0円		
			算される	10,000,000円は考慮しない ┃ ┃	ンフルエンザ流行期における新型コロス感染症疑い患者を受け入れる救急・	
① (i) として(▼ の補助基準額(上限	▼ ▼ 額) ①(ii)としての補	助基準額(上限額)		小児医療機関体制確保事業 <u>」の補助を</u> 豪機関は、その補助申請時に用いた許	「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」の補助を受けた医
①(i)	1,000,000	①(ii)	15,250,000	② 12,000,000 可病床数	を記載してください。	療機関は、当該事業の補助基準額(上限額)が「250千円+50千円×許可病床数」より低い場合、その差額分の補助を本事業により受けることが
		①(i)と①(ii)の <u>いずれ</u> が	ムナキュカ			可能です。
			\		n = 1 1 1 1 = (1 = 1 = 1	
		(1)として	の補助基準額(上限額)		甫助基準額(上限額)	
必ず裏面も記	入してくださ		15,250,000	①から②を 差し引いた額	3,250,000	希望される補助金の振込先を記入してください。
別紙	黄色セル部分に	記載をお願いいたします				布主とルる相切並の派及儿を記入してくたとい。
	【裏面】	交付申請書(別紙)_令和	13年度新型コロナウイルス感染	症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金		事業開始日には、申請内容にある支出のうち、最も早く支出される日付を記載してください。
Ⅱ. 補助金の振込先						
金融機関名		△△銀行 :	金融機関コード 0 0 0	0 支店名 ●●支店 支店	コード 0 0 1	事業終了日には、申請内容にある支出のうち、最も遅く支出される日付(支出額確定日)を記載してください。
		 口座番号(右詰め)		1 1 1	マルビョウイン	
1:普通 2:当座 6:別	川段 2 ※ 8桁:	未満の場合、頭に「O」をつけて8桁にしてください		取引口座名)○病院	
Ⅲ. 申請内容 <i><u>※</u>4</i>	<u> </u>	する内容・金額(見込含む)を下記	の支出科目ごとに記載して下さい。			を科目に該当する費用について、内容と支出額を記入して下さい。支出予定のない科目については内容に「なし」、支出額に「0」を記入して
事業開始	始日	令和3年 4 月 10 日	事業終了日	分和3年 9 月 3 日		ください。
					収入額(円)	例) 各科目、以下のような費用が考えられます。 (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
	科目	内容 (※各科目の内容を30字種	程度で記入ください。支出予定のない科目には「なし	,」と記入してください。) (支出(予定)のない科目は「0」と (A 記入してください)	双入 (予定) のない場合は「0 」と 記入してください)	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。)
支出賃	賃金・報酬	 臨時職員の給与		234,000		・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	対金	 勉強会の講師謝金		200,000		・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
<u></u>		・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・		120,000		・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
122				30,000		・役務費;コロナ感染により医療機関が休業した場合の医療機関への補償を行う保険の保険料等
		と前の派遣の派員 職員用マスク		350,000		・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
		to		350,000		・備品購入費;空気清浄機の購入費等
_	と務費	ま 日 チ デ		0		
		青掃委託 		2,000,000		
_	使用料及び賃借料	なし		0		記の費用に対して、本補助金以外の寄附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」円を記載してください。
	請品購入費	空気清浄機、エアコン 		855,500		
b_	_合計支出額(総事第	費)		3,789,500		「はい」の場合は、領収書(写し)等の証拠書類の添付が必要になります
収入	_上記支出に対する4	<u>補助金以外</u> の寄付金・その他の収入			0	「いいえ」の場合は、事後に実績報告が必要となりますので、領収書等の証拠書類は保管しておいてください。
d_合計支出(予定	定)額-収入(予定)額(円) (b-c) ※ただし、b-cが「0」以下の	場合は、「0」	3,789,5	00	
補助金交付申請	請額(円)(aとdの	いずれか少ない額) 【1000円未	長満切捨】	3,250,0	00	ど並んこ勘致している 考 及び通常の医療の担供 <i>も行う考に係る</i> し供弗が会まれている担会は、中語できませんので、ご確認の b、「けい」を選択して
上記「支	支出額」について、	全ての支払が完了している。	はい いいえ 「はい」のは	場合は、各対象経費について、領収書(写し)等の証拠書類を添付してください。 の場合は、事後に実績報告が必要となりますので、領収書等の証拠書類は保管しておいてく		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る場合は、申請できませんので、ご確認の上、「はい」を選択して ください。
V. 確認事項 ※ _{申請}	情内容に補助の対象になり	っない経費が含まれている場合や他の補助金への		されない場合は申請できませんので、ご確認ください。		WのはHAと手指すて奴弗はず事業のはHVAとはスナので、手指すて奴隶がみナムマンかいっしょ ************************************
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	いない はい いいえ		他の補助金と重複する経費は本事業の補助対象外ですので、重複する経費が含まれていないことをご確認の上、「はい」を選択してください。
上記「支出額」	」に他の補助金と	対象経費が重複するものは含まれて	いない。		「はい」/「いいえ」のいずれか こ「 ○」をつけて ください。	必要に応じて、他の補助金と重複する経費がないか等を確認させていただきます。本事業の補助を受けるには、左記項目に同意いただく
			申請書、実績報告書等の内容を、必要に	こ応じて国から都道府県に確	J. E > 17 C \ /CC V '0	必要がありますので、ご確認の上、「はい」を選択してください。
認することがあ	あることに同意す	3 。		はいいえ		

認することがあることに同意する。

請 求 書

「令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」の交付申請書について、下記の通り請求します。

金 3,250,000 円

交付申請書 (別紙) で算出した、補助申請額を記載して ください

なお、上記金額は次の口座へお振り込みください。

		4							
金融機関名	△△銀行								
預貯金種別	当座預金	当 <u>座預</u> 金 口座番号 11111111							
(フリガナ)		マルマルビョウイン							
口座名	○○病院								
郵便番号	0 1 2 - 3 4 5 6	0 1 2 - 3 4 5 6							
住所	東京都千代田区〇〇町〇番〇号								
交付申請	令和3年9月30日								
交付請求									

交付申請書(別紙)に記載した口座を記載してください

 施設名称
 〇〇病院

 代表者名
 〇〇〇〇印

官署支出官
厚生労働省大臣官房会計課長 殿

申請書(令和2年度事業の申請日以降に新たに「診療・検査医療機関(仮称)」 の指定を受けた医療機関用)電子媒体申請用)

【申請書等作成にあたっての注意点】

- ※必ず記載例を確認してください。
- ※「別紙」に必要事項を記載すれば、「第3、5号様式」及び「請求書」に 自動転記されますので、まずは、「別紙」を記載してください。

【掲載資料一覧】

- 申請時に使用するシート
 - ○第3、5号様式
 - ○別紙
 - ○請求書
 - 〇 (支払いが完了している場合) 領収書等貼付用紙

- ○第3、5号様式(記載例)
- 〇別紙(記載例)
- ○請求書(記載例)

第3号様式

申請日 (別紙より自動転記)

厚生労働大臣 殿

所在地(別紙より自動転記) 施設名称(別紙より自動転記) 代表者名(別紙より自動転記)

「令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」の交付申請書

標記について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて申請する。

1 国庫補助申請額

金(申請額 自動転記)円

- 2 交付申請書(別紙)
- 3 添付書類

請求書

「令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」について、下記の通り請求します。

金 (自動計算) 円

なお、上記金額は次の口座へお振り込みください。

金融機関名	別紙より転記	支店名	別紙より転記						
預貯金種別	別紙より転記	別紙より転記 口座番号 別紙より転記							
(フリガナ)	別紙より転記								
口座名	別紙より転記								
郵便番号	別紙より転記	別紙より転記							
住所	別紙より転記								
交付申請	別紙より転記		_						
交付請求									

代表者名 印

官 署 支 出 官 厚生労働省大臣官房会計課長 殿

紙 黄色セ	ル部分に記								なります。 ウイル フ	咸热症										仮称)」。	指定を	受け <i>†</i>	こ医療
申請日	令和	∼ 13	年	_ \	月			/	7 707	* 1024 - APC 422		ш	,,		EDVIT	ile i kinc	*~!		-BASS		〈令和	3年	度用
基本情報 設概要	申請	申期間令和	請期間		す											未	入力	の項	目が			•	
療機関等一ド(10桁)	助産所コー	-ドを有さな	ない助産	産所は	799999	99999」を	(力してく	ださい	施設	名称													
表者職名					<u> </u>	代表	千名						1										
92.51404.71		担当部	*		T	担当			1	絡先電	活番号						連絡	先メーノ	レアド	レス			
連絡先																							
三			郵便	番号				都道	府県							市区	町村」	以降					
所在地			-																				
02年度新型 る補助を受り	!コロナウイ けている	ルス感染	症感	染拡え	大防止	医療提供	体制確	保支援	疑補助金 」			左記の	補助金に	よる補助	を受けて	いない医	療機関	の場合は、	. 申請様	式が異な	ますので	ご注意	ください
2年度事業の	申請時 にお!	ナる施設奏	質型等(今回の	の申請	寺時点のも	のではな	いので	、ご注意くだ	さい。)													
施設類型げ	゚ルダウンから゚゚	量択)						許可	房床数 *夢療所のみ					施設勢	夏型及	び許可	病床	数に間	違いだ	がない			
令和2年度事業の申請時に用いた許可病床数 2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保補助金の申請日以降に新たに都				der 200 sta di	l we state		Brown States	企 从他也	> 配明 电台	の写しを加	6.841 -	-/+24:											
県の指定を		療・検査Ⅰ	医療機	関(佐	反称)」	である。									THE MALLEY PR	KW-53CT	4 64 6/2	IN ACAMAN	M VIII A	E 111 97 111 4	W-\$05.8	MCC	N/LEV
助基準額(.								<u> </u>	I Adr \			1											
事業の補助	基準額(上)	限額)(円	1)					日取	計算)														
補助金の振	込先																						
融機関名							金融機						支店名	i					支/	店コート			
	預金種類 2:当座 6:	別段							*	3桁未満の	口座都場合、頭	号(在 に「0」を	詰め つけて84) 行にして・	ください								
((フリガナ)																						
Ą	对门座名																						
申請内容	本事業に。	<i>೬り支出</i> 3	する内	容・金	額(見	込含む)	下配の	支出和	# <i>#=="\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\</i>	記載して	てさい	<u> </u>											
事業開	始日	令和		年		月	日	事	業終了日	1	內和		年		月		日						
	科	8	r.t	1安(全知日 (の内容を205	・ 毎度で記	しください	い。支出(予定	いのかい難	BCHD	- الم	1117	ださい	,	支出額(円) (支出(予約)のない等目は「0」と配 人してださい) 人してださい)							
	賃金・報酬		r	, L	T 17 F V	J7144 200	TEDE CRUZ	********	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	702-20-14	- ICIO.	-CJCM	.,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	/ <u>-</u>	-/	(ХШ(У	入してく	ださい)	1516	(MAX) TH	してください	1)	1286
	謝金																						
	会議費																						
	旅費																						
支出	需用費																						
ДШ	役務費																						
	委託料																						
	使用料及(
	備品購入引 b_合計支出		金巻)														(白動	計算)					
収入	0_上記支出			h金以	外の寄	付金・その	他の収入										(口刻	ロチ/					
									Гој									(自動語	計算)			
d_合計支出(予定)額-収入(予定)額(円)(b-o) ただし、b-oがf0」以下の場合は、「0」 補助申請額(円)(aとdのいずれか少ない額) [1000円未満切拾]										(É	動	計算)		\dashv								
上記「本中	額」につい	て. 全て	のきぉ	、水字	اج! اج!	いる					[i#n]	の場合は	、各対象	経費に	いて、個	収書(写	し)等の	延拠者類	を添付し	てください	<u>.</u>		
確認事項	· 2047 IC 76,	~, ~ C'	XI	-14-70	,,,,,,	• 00					III	.]の場合	は、事後	に実績権	皆が必	見となりま	すので.	領収書等	の証拠	審頭は保	を しておい	てくださ	u.
唯略デタ 情内容に補助	の対象になら	らない経費	が含ま	まれて し	いる場合	うや他補助	金の申請	内容等	に関する	₿道府県·	への確認	思につし	いて同意	はされな	い場合	は申請							
上記「賃金	え・報酬」に行	羊前から !	勤務し	ている	る者及	び通常の	医療の抗	供を	行う者に依	る人件	費は含	まれて	いなし	`			従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う に係る人件費は、本事業の補助対象外です。						
上記「支出	額」に他の	補助金と	:対象	経費が	が重複	するものに	きまれ	ていな	:い。									他の補助 す。	金と重複	女する経費	は、本事集	の補助	的对象外
		連 44 生 音	生の	李本.	7章 230 348	租水 糾	の補助る	か曲!	清書、実統	· 拟牛 ·	生のは	- 東太	必要に	-	- 153			必要に応	じて、他	の補助金	:重複する	経費が	ないかも

交付申請書(別紙)_令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金								
医療機関等 コード(10桁)			施設名称	(別紙より自動転記)				
補助申請額 (交付申請書 (別紙) からの転記)	(自動計算)	領収書等の合計額		領収書等の合計額が補助申請額より少ない額です。ご確認ください。				

|交付申請書 (別紙) のIII.申請内容に記載した支出額について、すべての支払が完了している場合にこの様式に領収書(写し)等の証拠書類を添付してください。

<u>領収書等の合計額を入力した後に、</u>本用紙を印刷していただき、対象期間(令和3年4月1日から令和3年9月30日)に、支出した額がわかる書類(領収書等)の写しを貼付して下さい。 領収書等(写し)を本用紙1枚に貼付しきれない場合は、本用紙を複数枚印刷して、領収書(写し)を貼付してください。 A4サイズ以上の領収書等について、本用紙に貼付するのではなく、クリップなどでまとめて添付してください。

(領収書(写し)は、こちらの線より下に貼付してください。 ※記載されている貼付例や注意事項と重ねて貼付しても差し支えありません。)

貼付例

・領収書の一部が補助対象の場合

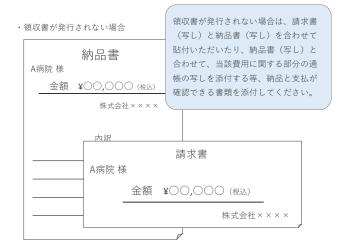


・一部補助対象期間以外の費用も含んでいる場合

補助対象期間以外も含んでいる場合は、按分するなどして申請 (もしくは実績報告)を行う対象期間と申請額を追記してください。

※領収書(写し)に追記できない場合は、本用紙(貼付した領収書(写し)の近く)に直接追記してください。





(参考) 医療機関等コードにおける都道府県番号一覧及び点数表番号一覧

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	1	石川県	17	岡山県	33
青森県	2	福井県	18	広島県	34
岩手県	3	山梨県	19	山口県	35
宮城県	4	長野県	20	徳島県	36
秋田県	5	岐阜県	21	香川県	37
山形県	6	静岡県	22	愛媛県	38
福島県	7	愛知県	23	高知県	39
茨城県	8	三重県	24	福岡県	40
栃木県	9	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		

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

「東京都」・「医科」の医療機関の場合、 通常使用される7桁の医療機関コードに、 「13(東京都)」・「1(医科)」を加えて **「131**〇〇〇〇〇

となります。

【申請書等作成にあたっての注意点】

- ※必ず記載例を確認してください。
- ※「別紙」に必要事項を記載すれば、「第3、5号様式」及び「請求書」に 自動転記されますので、まずは、「別紙」を記載してください

【掲載資料一覧】

申請時に使用するシート

- ○第3、5号様式
- ○別紙
- ○請求書
- 〇 (支払いが完了している場合) 領収書等貼付用紙

- ○第3、5号様式(記載例)
- 〇別紙(記載例)
- ○請求書(記載例)

第5号様式

申請書 記載例

医第○○-○号へ

交付申請書 (別紙) の72行目の「上記「支出額」について、全ての支払が完了している。」への回答によって表示される様式番号が以下の通り異なります。

「いいえ」の場合:第3号様式 「はい」の場合:第5号様式

必要に応じ文書番号を記載してください。

厚生労働大臣 殿

必要事項は、交付申請書別紙より自動転記されますので、転記された内容に間違いないか確認し、必要に応じて、添付書類の記載を修正や追加してください。また、文書番号の発番が必要な場合のみ日付の上に記載

東京千代田区〇〇町〇番〇号 〇〇病院 病院長 〇〇 〇〇

「令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助 金」の精算交付申請書

標記について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて申請する。

1 国庫補助申請額

金 250,000円

- 2 交付申請書 (別紙)
- 3 添付書類
 - ・都道府県から交付された「診療・検査医療機関(仮称)」の指定通知書
 - 領収書等の証拠書類

交付申請書(別紙)の72行目の「上記「支出額」について、全ての支払が完了している。」への 回答によって表示される書類の名称が、以下の通り異なります。

「いいえ」の場合: 「-----」の交付申請書 「はい」の場合: 「-----」の<u>精算</u>交付申請書

添付が必要な書類が表示されますが、添付書類の内容に修正が必要な場合は、ご自身で修正や追加をしてください。

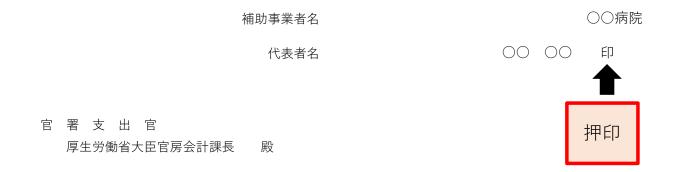
別紙	黄色セル部分に記載さ	とお願いいたします。※2	人力するとセルの色が白に	なります。		令和2年度	夏事業の申請日以降に新	新たに「診療·検査医	療機関(仮称)」の指定を受けた	医療機関	1
		交付申請書(別紙)	_令和3年度新型コロ	ロナウイルス	感染症感	染拡大防止•医症	療提供体制確保	支援補助金	申請書(別紙)	記載	載例
申請日	令和 3	年 10 月	1 8			必須項目(黄色	色のセル)すべてに入力	」をして下さい。 入	力するとセルの色が白色になり	ます。	必須項目に未入力の項目や施設類型と病床数が一致しない場合は注意書きが表示されます。 ここに注意書きが表示されたまま申請されると、記載不備となり補助が受けられない可能性がありますので、ご注意ください。
I. 基本情報	1714	申請期間外です						こよって必須項目は異			(記載例では、医療機関等コードのの10桁目が未入力)
1. 本中16刊 (1)施設概要	令和		のセルは、未入力の必須	項目です。記入	漏れがないか	ご確認ください。		未入力の項目	があります。		※ なお、ここに注意書きが表示されないことで記載不備がないことを約束するものではありません。
	助産所コードを有さ	い助産所は「999999999	り」を入力してください								医療機関等コードは、 必ず10桁 で入力してください。 〇1-2桁目: 都道府県番号
医療機関等 コード(10桁)	8 7	6 5 4	2 3 1	0 施設	名称			〇〇病院			O3桁目:点数表番号
代表者職名	1	病院長	代表者氏名	0	0 00						² ○ 4-5析目: 郡市区番号 ○ 6-9析目: 医療機関等番号 ○ 10析目: 検証番号
	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		都道府県番号と点数表番号が判らない場合は、「(参考) 都道府県番号・点数表番号一覧」のシートをご参照ください。
連絡先	総教	5部	•• ••		030000000			kourou@	jp		
		郵便番号		都道府県		·	市区	町村以降			令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金を受領していない医療機関の場合は、申請様式が異なりますのでご注意ください。
所在地	0 1 2 - 3 4 5 6 東京都 <u>千代田区〇〇町〇</u> 番〇号										
	コロナウイルス感染質	主感染拡大防止・医療 抗	是供体制確保支援補助会	金」による補助を	E はい	左配の補助金による	補助を受けていない医療機関	の場合は、申請様式が表	なりますのでご注意ください。		病院又は有床診療所の場合は、令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金を申請した際の許可病床数を入力して下さい。 その他の施設類型の場合は、灰色になります。また、施設類型と病床数が一致しない場合は、施設類型の下に注意書きが表示されます。
受けている											CALLES AND CONTROL OF THE STATE
			ものではないので、ご注意			1					記入した施設類型と病床数に間違いがないか確認して、間違いなければ「はい」を選択してください。(間違いがある場合は、施設類型もしくは許可病床数を修正し、「は
施設類型(プルダウンから選択)	有床診療所	(医科)	件可病床数 第・有床夢療所のみ	◆和2年度事業の	10 加速	施設類型及び許可病	休敷に間違いが	<u>sr,</u>	はい	い」を選択してください。)
令和2年度新型コ	ロナウイルス感染症	感染拡大防止・医療提	供体制確保補助金の申	請日以降に新た		•					令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金の申請日以降に新たに都道府県の指定を受けた「診療・検査医療機関(仮称)」の場合は、
り指定を受けた「	診療·検査医療機関	(仮称)」である。				はい	事道府県から交付された指定	通知書や指定証明書等の	0等しを集付してください。		「はい」を選択いただき、都道府県から交付された指定通知書や証明書等の写しを添付してください。
2)補助基準額(上	-限額)										
大真章の緒別は	·準額(上限額)(円)		750.0	inn	1						【 自動計算】 1,000,000円から以下の額を減じた額
(TTXVIII4)4			730,0								• 有床診療所 250,000 + (50,000 × 許可病床数) 円 • 無床診療所 250,000円
I. 補助金の振込	先										**************************************
金融機関名		△△銀行	金融機関	0 0	0	0 支店名	••:	支店	支店コード 0 0		+#99// Clark
	預金種類		1			座番号(右詰め)		1 1	+1 1 1 1	1	事業開始日には、申請内容にある支出のうち、最も早く支出される日付を記載してください。
	€ 2:当座 6:別段 (フリガナ)		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	₩ 83	桁未満の場合、	、頭に「0」をつけて8桁マルマルビュー		<u> </u>	<u> </u>		
	取引口座名					〇〇病院					事業終了日には、申請内容にある支出のうち、最も遅く支出される日付(支出額確定日)を記載してください。
			\ <u></u>								
		•)を下配の支出科目ごと			*		*	業終了日が対象期間外です		
事業開	始日 令和	3 年 4	月 10 日	事業終了日	令和	1 3 年	10 月 15	日			
	科目	内容(各	科目の内容を30字程度で記入	ください。 支出(予定)	のない科目には「	「なし」と記入してください。	(支出(予)	支出額(円) むのない半目は「0」と配入 てください)	収入額(円) に (収入(予定)のない場合は「0」と記入 てください)	.L	事業開始日や事業終了日が適切でない場合に、注意書きが表示されます。注意書きの記載を確認して、事業開始日や事業終了日を修正してください。
	賃金·報酬	臨時職員の給与						234,000	-		
	謝金	勉強会の講師謝金						200,000			各科目に該当する費用について、内容と支出額を記入して下さい。支出予定のない科目については内容に「なし」、支出額に「O」を記入してください。
	会議費	勉強会の会場費など						120,000			
	旅費	医師の派遣の旅費						30,000	0		例)各科目、以下のような費用が考えられます。 (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到しています。
	需用費	職員用マスク						350,000	0		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
支出	役務費	なし						(0		・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
	委託料	清掃委託						2,000,000	0		・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
	使用料及び賃借料	なし						(0		・需用費;消耗品(マスクや消毒用アルコール等)費 等 ・役務費;コロナ感染により医療機関が休業した場合の医療機関への補償を行う保険の保険料 等
	備品購入費	空気清浄機、エアコン						855,500	0		・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
	b_合計支出額(総事	業費)						3,789,500			・備品購入費;空気清浄機の購入費等
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)	賃(円)(b-o) ただし、b-o	が「0」以下の場合は、「0」					3,7	89,500		上記の費用に対して、本補助金以外の寄附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」円を記載してください。
		補助申請額(円)(a	とdのいずれか少ない額)) 【1000円未	横切捨】			75	0,000		
上記「支出	額」について、全ての)支払が完了している。			はい「は	い」の場合は、各対象経費に いえ」の場合は、高勢に実施	について、仮収書(写し)等の 情報告が必要となりますので、	証拠書類を添付してくださ 値収書等の容易書類は	らい。 昼管しておいてください。		「はい」の場合は、領収書(写し)等の証拠書類の添付が必要になります 「いいえ」の場合は、事後に実績報告が必要となりますので、領収書等の証拠書類は保管しておいてください。
7. 確認事項											
			R内容等に関する都道府県への Rの医療の提供を行う者				眠ください。 (よし	養前から勤務し	ている者及び運常の医療の提供を行う! の補助対象外です。	者に係る人	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る場合は、申請できませんので、ご確認の上、「はい」を選択してください
				一杯ツハ円氏に	- H 10 C - 10 C	·ov ·		-			他の補助金と重複する経費は本事業の補助対象外ですので、重複する経費が含まれていないことをご確認の上、「はい」を選択してください
上記! 支出	領」に他の補助金と	対象経費が重複するも	いば言まれていない。				はい	, い 個の補助金と重	被する経費は、本事業の補助対象外で	:9.	ロス・ロップモでエログ、の4下が10人もよかの旧名が2分(こと)など、エログ、の4下が20日の40でかったことには100人で、100人日に対して、100人日に対しに対して、100人日に対しに対しに対しに対して、100人日に対しに対しに対しに対しに対しには、100人日に対しに対しに対しに対しに対しに対しに対しに対しに対しに対しに対しに対しに対しに
本事業の時に確認され	申請書、実績報告書	停の審査・確認過程で、	他の補助金の申請書、	実績報告書等の	の内容を、必須	要に応じて国から都	道府県は	必要に応じて、イ いただきます。オ	他の補助金と重複する経費がないか等を 本事業の補助を受けるには、左配項目に	を確認させて に同意いただ	必要に応じて、他の補助金と重複する経費がないか等を確認させていただきます。本事業の補助を受けるには、左記項目に同意いただく必要がありますので、ごな 上、「はい」を選択してください。
に催眠する	ることがあることに同	5. y To .						く必要があります	г.		上、「はい」を透がしてくたさい。

請 求 書

請求書 記載例

「令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」について、下記の通り請求します。

250,000 金 円 なお、上記金額 交付申請書別紙より自動転記されますので、 転記された内容に間違いないかご確認くだ 金融機関名 ●●支店 さい。(間違いがあった場合は、交付申請 預貯金種別 11111111 書別紙を修正してください。) (フリガナ) 間違いがないこと確認の上、代表者印を押 口座名 印してください。 郵便番号 住所 東京千代田区〇〇町〇番〇号 交付申請 令和3年9月30日 交付請求



申請書(令和2年度事業の申請日以降に新たに「診療・検査医療機関 (仮称)」の指定を受けた医療機関用)手書き申請用)

【申請書等作成にあたっての注意点】 ※必ず記載例を確認してください。

【掲載資料一覧】

申請時に使用するシート

- ○交付申請書
- ○別紙
- ○請求書
- 〇 (支払いが完了している場合) 領収書等貼付用紙

- 〇交付申請書(記載例)
- ○別紙(記載例)
- 〇請求書(記載例)

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

所在地	
施設名称	
代表者名	

「令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」の交付申請書

申請する補助対象経費に申請日以降に支払いが見込まれる費用が含まれている「概算交付申請」である。

申請する補助対象経費の支払いは全て完了している「精算交付申請」である。

↑いずれかにチェック

標記について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて申請する。

- 1 国庫補助申請額 金 円
- 2 交付申請書(別紙)
- 3 添付書類
 - ・都道府県から交付された「診療・検査医療機関(仮称)」の指定通知書

○無床診療所;200,000円

無床診療所

該当する類型に チェック(✔)

日

「はい」の場合は、各対象経費について、領収書(写し)等の証拠書類を添付してください。 「いいえ」の場合は、事後に実績報告が必要となりますので、領収書等の証拠書類は保管しておいてください。

令和

補助金交付申請額(円)(aとdのいずれか少ない額)

上記「支出額」について、全ての支払が完了している。

【表面】 交付申請書(別紙)_令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金

Ш.	補	助金	: <i>(</i> 0 :	振辽	、先
11 .	、竹册。	则亚	としょう	加以 と	Sπ

事業開始日

金融機関名			金融機関コード		支店名		支店コード	
預金種類		ーーーー 口座番号(<u>右詰め</u>)				ガナ)		
1:普通 2:当座 6:5	別段	※ 8桁未満の場合、頭に「0」をつけて8桁にしてくだ	さい		取引口]座名		

年

Ⅲ. 申請内容 ※本事業により支出する内容・金額(見込含む)を下記の支出科目ごとに記載して下さい。

	科目	内容 (※各科目の内容を30字程度で記入ください。支出予定のない科目には「なし」と記入してください。)	支出額 (円) (支出 (予定) のない科目は「0」と	収入額(円) (収入 (予定) のない場合は「0 」と
			記入してください)	記入してください)
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_合計支出額(総事	業費)		
収入	c_上記支出に対する	<u>本補助金以外</u> の寄付金・その他の収入		
d_合計支出(予	予定)額-収入(予定)額	(円) (b-c) ※ただし、b -cが「0」以下の場合は、「0」		

Ⅳ.確認事項 ※申請内容に補助の対象にならない経費が含まれている場合や他の補助金への申請内容等に関する都道府県への確認について同意されない場合は申請できませんので、ご確認ください。

はい

【1000円未満切捨】

日

事業終了日

「はい」/「いいえ」のいずれかに 「O」をつけてください。

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
上記「支出額」に他の補助金と対象経費が重複するものは含まれていない。	はい	いいえ
大東学の中語書、宇建起生書笙の憲本。確認過程で、他のばい今の中語書、宇建起生書笙の中窓を、必再に向じて国から報道位間に確認する。		

本事業の申請書、実績報告書等の審査・確認過程で、他の補助金の申請書、実績報告書等の内容を、必要に応じて国から都道府県に確認する ことがあることに同意する。

はい いし

いいえ

請求書

「令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」の交付申請書 について、下記の通り請求します。

金			円
---	--	--	---

なお、上記金額は次の口座へお振り込みください。

金融機関名	支店名	
預貯金種別	口座番号	
(フリガナ)		
口座名		
郵便番号		
住所		
交付申請		
交付請求		

施設名称	
代表者名	ÉP

官署支出官
厚生労働省大臣官房会計課長 殿

参考様式

領収書等貼付用紙_令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金												
医療機関等 コード(10桁)							施設名称					
補助申請(交付申請書(別紙)				領収割	書等の合計額							
<u>交付申請書(別紙)のⅢ.申請内容に記載した支出額について、すべての支払が完了している場合にこの様式に領収書(写し)等の証拠書類を添付してください。</u>												

対象期間(令和3年4月1日から令和3年9月30日)に、支出した額がわかる書類(領収書等)の写しを貼付して下さい。

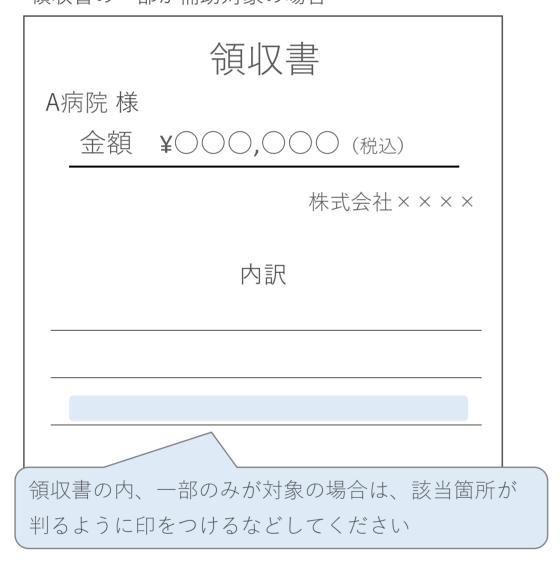
領収書等(写し)を本用紙1枚に貼付しきれない場合は、本用紙を複数枚印刷して、領収書(写し)を貼付してください。

A4サイズ以上の領収書等について、本用紙に貼付するのではなく、クリップなどでまとめて添付してください。

(領収書(写し)は、こちらの線より下に貼付してください。 ※記載されている貼付例や注意事項と重ねて貼付しても差し支えありません。)

貼付例

・領収書の一部が補助対象の場合



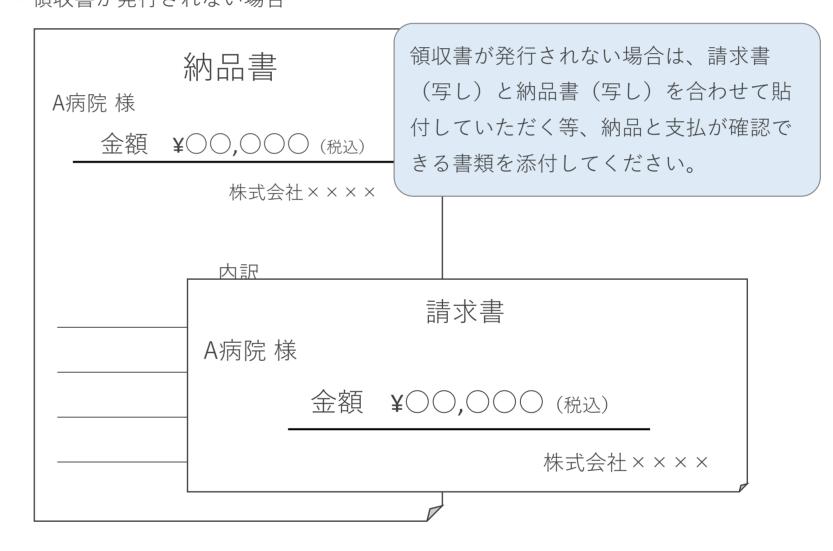
・一部補助対象期間以外の費用も含んでいる場合

補助対象期間以外も含んでいる場合は、按分するなどして申請(もしくは実績報告)を行う対象期間と申請額を追記してください。
※領収書(写し)に追記できない場合は、本用紙(貼付した領収書(写し)の近く)に直接追記してください。

「領収書 月数で按分し、2021年4月から2021年9月分の費用 ¥××××を交付申請する金額 ¥ーー,ーーー(税込) 株式会社▶▶▶

○○リース代 2021年1月~2021年12月分

・領収書が発行されない場合



【申請書等作成にあたっての注意点】 ※必ず記載例を確認してください。

【掲載資料一覧】

申請時に使用する用紙

- ○交付申請書
- ○別紙
- ○請求書
- 〇 (支払いが完了している場合) 領収書等貼付用紙

- 〇交付申請書(記載例)
- 〇別紙 (記載例)
- ○請求書(記載例)

文書の番号など管理される場合はこちらに入力ください

令和 3 年 9 月 30日

厚生労働大臣 殿

所在地	東京都千代田区霞が関〇〇〇
施設名称	○○病院
代表者名	000

「令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助 金」の交付申請書 必ず、いずれか該当する方に「✔」を入れてください

申請する補助対象経費に申請日以降に支払いが見込まれる費用が含まれている「概算交付申請」である。

申請する補助対象経費の支払いは全て完了している「精算交付申請」である。

円

↑いずれかにチェック

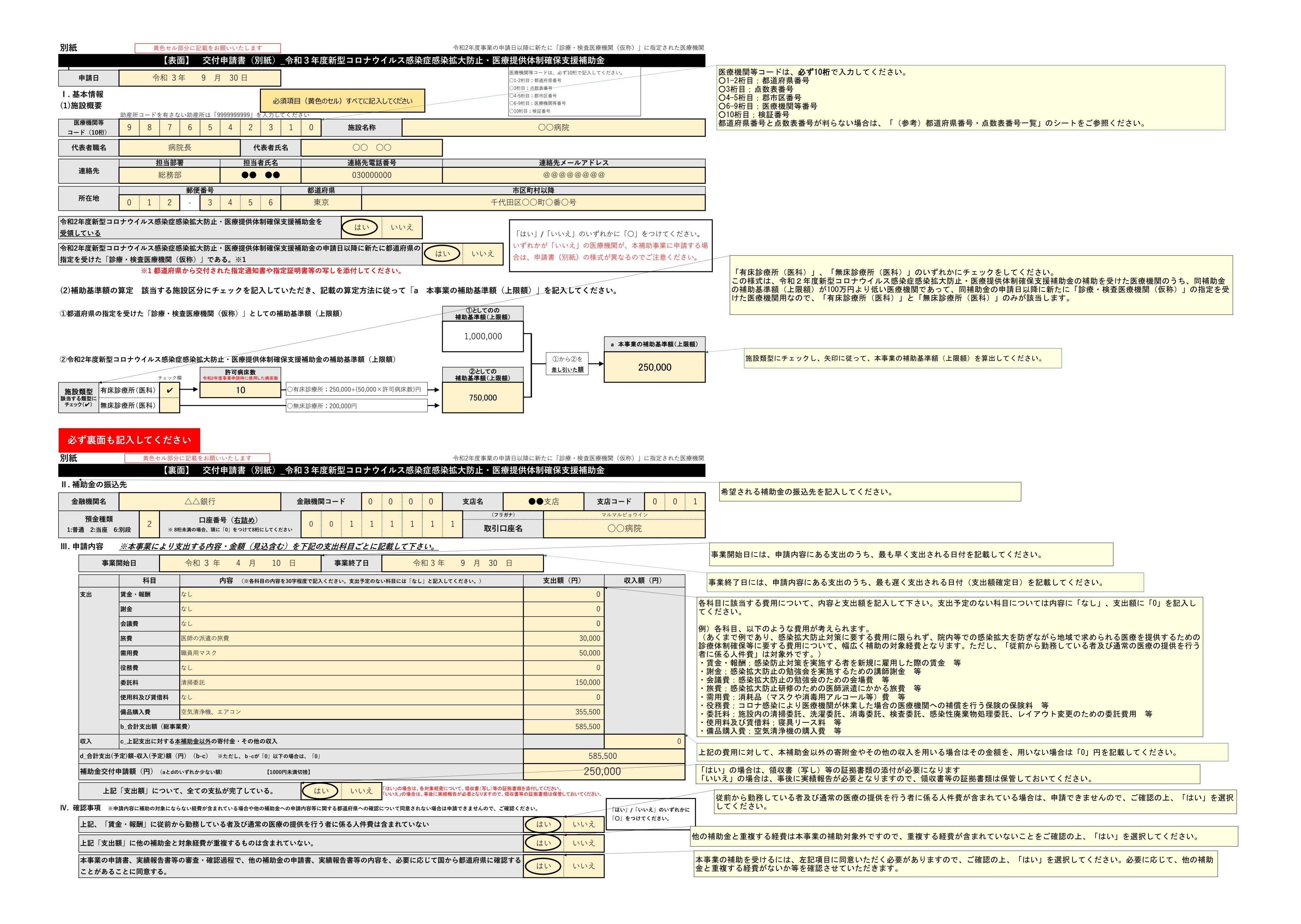
標記について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて申請する。

交付申請書(別紙)に記載の「補助交付申請額」を記載してください

- 1 国庫補助申請額 金 250,000
- 2 交付申請書(別紙)
- 3 添付書類
 - ・都道府県から交付された「診療・検査医療機関(仮称)」の指定通知書
 - ・支出が確認できる書類(領収書等)

| この様式を用いる場合、「・都道府県から交付された「診療・検査医療機関(仮称)」の | 指定通知書」の添付は必須です。

すべての支払が完了している場合は、領収書等の支出が確認できる書類を添付してください。一部でも支払が終わっていないものがありましたら、申請時には支出が確認できる書類は不要です。



請 求 書

「令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」の交付申請書について、下記の通り請求します。

金 250,000 円

交付申請書(別紙)で算出した、補助申請額を記載してください

なお、上記金額は次の口座へお振り込みください。

		4								
金融機関名	△△銀行	支店名	●●支店							
預貯金種別	当座預金	口座番号	11111111							
(フリガナ)	マルマルビョウイン									
口座名	○○病院									
郵便番号	0 1 2 - 3 4 5 6									
住所	東京都千代田区〇〇町〇番〇号									
交付申請 交付請求	令和3年9月30日									

交付申請書(別紙)に記載した口座を記載してください

 施設名称
 〇〇病院

 代表者名
 〇〇〇印

官署支出官
厚生労働省大臣官房会計課長 殿

【実績報告等作成にあたっての注意点】

- ※必ず記載例を確認してください。
- ※「別紙」に必要事項を記載すれば、「第4号様式」に自動転記されますので、まずは 「別紙」を記載してください。
- ※作成にあたって、交付決定時に配布した交付決定通知書をご用意ください。 別紙に交付決定通知の内容を記載する箇所がございます。

【掲載資料一覧】

報告時に使用するシート

- ○第4号様式
- ○別紙
- ○領収書等貼付用紙

- ○第4号様式(記載例)
- 〇別紙(記載例)

日 (別紙より自動転記)

厚生労働大臣 殿

所在地 (別紙より自動転記) 施設名称 (別紙より自動転記) 代表者名 (別紙より自動転記)

「令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」の実績報告書

標記について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて報告する。

- 1 国庫補助精算額
- 金(申請額 自動転記)円
- 2 実績報告書(別紙)
- 3 添付書類
 - ・領収書等の支出が確認できる書類(領収書等貼付用紙)

本事業の申請書、実績報告書等の審査・確認過程で、他の補助金の申請書、実績報告書等の内容を、必要に応じて国から都道府県に確認することがあることに同意する。

必要に応じて、他の補助金と重複する経費がないか等を確認させていただきます。本事 業の補助を受けるには、左記項目に同意いただく必要があります。

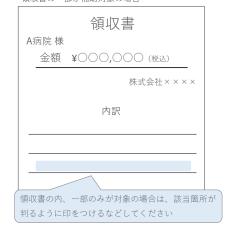
実績報告書(別紙)のIII.申請内容に記載した支出額について、すべての支払が完了している場合にこの様式に領収書(写し)等の証拠書類を添付してください。

<u>領収書等の合計額を入力した後に、</u>本用紙を印刷していただき、対象期間(原則、令和3年4月1日から令和3年9月30日)に、支出した額がわかる書類(領収書等)の写しを貼付して下さい。 領収書等(写し)を本用紙1枚に貼付しきれない場合は、本用紙を複数枚印刷して、領収書(写し)を貼付してください。 A4サイズ以上の領収書等について、本用紙に貼付するのではなく、クリップなどでまとめて添付してください。

(領収書(写し)は、こちらの線より下に貼付してください。 ※記載されている貼付例や注意事項と重ねて貼付しても差し支えありません。)

貼付例

・領収書の一部が補助対象の場合

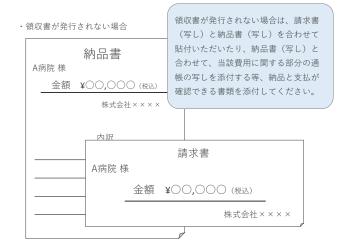


・一部補助対象期間以外の費用も含んでいる場合

補助対象期間以外も含んでいる場合は、按分するなどして申請 (もしくは実績報告)を行う対象期間と申請額を追記してください。

※領収書(写し)に追記できない場合は、本用紙(貼付した領収書(写し)の近く)に直接追記してください。





(参考) 医療機関等コードにおける都道府県番号一覧及び点数表番号一覧

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	1	石川県	17	岡山県	33
青森県	2	福井県	18	広島県	34
岩手県	3	山梨県	19	山口県	35
宮城県	4	長野県	20	徳島県	36
秋田県	5	岐阜県	21	香川県	37
山形県	6	静岡県	22	愛媛県	38
福島県	7	愛知県	23	高知県	39
茨城県	8	三重県	24	福岡県	40
栃木県	9	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		

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

「東京都」・「医科」の医療機関の場合、 通常使用される7桁の医療機関コードに、 「13(東京都)」・「1(医科)」を加えて **「131**〇〇〇〇〇]

となります。

【実績報告等作成にあたっての注意点】

- ※必ず記載例を確認してください。
- ※「別紙」に必要事項を記載すれば、「第4号様式」に自動転記されますので、 まずは、「別紙」を記載してください。
- ※作成にあたって、交付決定時に配布した交付決定通知書をご用意ください。 別紙に交付決定通知の内容を記載する箇所がございます。

【掲載資料一覧】

報告時に使用するシート

- ○第4号様式
- ○別紙
- ○領収書等貼付用紙

- ○第4号様式(記載例)
- 〇別紙(記載例)

実績報告書 記載例

医第〇〇-〇号 2021年9月10日

厚生労働大臣 殿

必要事項は、実績報告書(別紙)より自動転記されます ので、転記された内容に間違いないか確認してください。 また、文書番号の発番が必要な場合のみ日付の上に記載 してください。

東京都千代田区霞が関〇〇〇 〇〇病院 院長 〇〇〇

「令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」 の実績報告書

標記について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて報告する。

1 国庫補助精算額

金 3,789,000円

- 2 実績報告書(別紙)
- 2 添付書類
 - ・領収書等の支出が確認できる書類(領収書等貼付用紙)

別紙	黄色セル部分に記載をお願いいたします。※入力するとセルの色が白になります。 実績報告書(別紙) 記載例																		
	実績報告書(別紙)」令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援									感染症感	染拡大防止 医療	提供体制確保支持	養補助金						
提	出日	令和	П 3	年	9 月	30	В			必須	必須項目(黄色のセル)すべてに入力をして下さい。			いの色が白色になりま	す。。	<令和3年度用>	-		
I.基本情報 (1)施設概要		助産所⊐→Ⅰ	黄色のセルは、				いかご確認く	ださい。					未入力の項目があります。					必須項目に未入力の項目や施設類型と病床数が一致しない場合は注意書きが表示されます。 ここに注意書きが表示されたまま申請されると、記載不備となり補助が受けられない可能性がありますので、ご注意ください。 ((記載例では、医療機関等コードのの1析目が未入力)	
	機関等 (10桁)		0 0	0	0 0	0	0	0 0	施設名	名称			OO病院					※ なお、ここに注意書きが表示されないことで記載不備がないことを約束するものではありません	
代表	代表者職名 院長 代表者氏名 〇〇〇										医療機関等コードは、 必ず10桁 で入力してください。								
			担当部	ŀ			担当者氏名		;	連絡先電話者	新号		;	連絡先メールアドレ	ス			O1-2桁目;都道府県番号 O3桁目;点数表番号	
連	格先		ΔΔ	ΟΔΟ		ΟΔΟ			00-0000-0000		@@@@@@@				1	〇4-5桁目;郡市区番号 〇6-9桁目;医療機関等番号			
_	-			郵便	号			都道	直府県				市区町村	以降			Ī	○10桁目: 検証番号 都道府県番号と点数表番号が判らない場合は、「(参考) 都道府県番号・点数表番号一覧」のシートをご参照ください。	
191	所在地 1 2 3 - 4 5 6 7 東京都					千代田区霞が関〇〇〇													
a_交付決定	質(円)						4	4,500,000)	本補助金	金の交付決定通知に配	B載された、交付決定額	をご記載ください	,				事業開始日には、申請内容にある支出のうち、最も早く支出される日付を記載してください。	
Ⅱ. 報告内料	<u>本事業</u>	により支出し	た内容・金額を	下配の支出	科目ごとに配	厳して下さ	ا لاي							-	金属性 ロポンサ 物間	lbl 75·궁			
	事業開始	目	令和	3	年 3	月	10	B 1	事業終了日	令	和 3	年 9 月	15 日		栗開始日が対象期間 和3年年4月1日〜9月	月30日		事業終了日には、申請内容にある支出のうち、最も遅く支出される日付(支出額確定日)を記載してください。	
			科目		-	内容	(各科目の内容	を30字程度で記入ぐ	ください。支出のない	料目には「なし」。	と配入してください。)		支出のない事目は	が (円)	収入額(円 (収入のない場合は「0」と記])	_ \		
		黄金·報酬	1	臨時職員の給与									234,000				以下のような事業開始日と事業完了日が適切でない場合に、注意書きが表示されますので、日付の修正をお願い致します。		
		謝金		勉強会の講師謝金						200,000					・事業開始日もしくは事業終了日が、対象期間(令和3年4月1日~令和3年9月30日)外になっている。 ・事業開始日が事業終了日よりも後の日付になっている。				
		会議費		勉強会の会場費など								120,000	120,000			・事業終了日が提出日よりも後の日付になっている。			
		旅費		医師の派遣の旅費							30,000								
	支出	需用費	職員用マスク								350,000				・ ・ ・科目に該当する費用について、内容と支出額を記入して下さい。支出のない科目については内容に「なし」、支出額に「O」を記入してください。				
	ДШ	役務費 なし											0				1	引)各科目、以下のような費用が考えられます。	
		季託料 清掃委託										2,000,000				(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。)			
		使用料及7	び賃借料	\$ なし										0		0		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	
		備品購入	備品購入費 空気清浄機、エアコン											855,500	855,500			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 要用表・感染性人内の必要を表していなる旅費 等 要用表・選邦を入ったがきます。	
		b_合計支出額(総事集費)												89,500	.500		・役	 ・需用費:消耗品(マスクや消毒用アルコール等)費 ・役務費:コロナ感染により医療機関が休業した場合の医療機関への補償を行う保険の保険料 ・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 	
	収入	c_上配支出に対する <u>本補助金以外</u> の客付金·その他の収入						0		使用料及び賃借料:寝具リース料 等 備品購入費:空気清浄機の購入費 等									
d.1	計支出額一	支出額-収入額(円) (b-c) 3,789,500													MUHHWAYAN TAYANAYAN A				
	補助精算額(円)(a又はdのいずれか少ない額) 【1000円未満切捨】									切捨】				3,78	9,000		\neg	、 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る場合は、補助できませんので、ご確認の上、「はい」を選択してください。	
Ⅳ. 確認事 報告内容(ならない経費	が含まれている場	合や他補助	金の報告内容等	に関する部	道府県への確	態について同意	されない場合は補	助できませんの	ので、ご確認ください。						Į		
	報告内容に補助の対象にならない経費が含まれている場合や他補助金の報告内容等に関する修道音楽への確認について同意されない場合は補助できませんので、ご確認ください。 上記「賞金・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	を前から勤務している名 助対象外です。	す及び通常の医療の提供を行う者	rに係る人件費は、本事 <u>業の</u> 籍		他の補助金と重複する経費は本事業の補助対象外ですので、重複する経費が含まれていないことをご確認の上、「はい」を選択してください。			
Ŀ	上記「支出額」に他の補助金と対象経費が置複するものは含まれていない。								はい	他の補助金と重複する	延費は、本事業の補助対象外です	r.		Manager Ma					
	- Man Andrew (国内の中央人) 知力的では、東京とり、An Andrew (Man Andrew O											_				必要に応じて、他の補助金と重複する経費がないか等を確認させていただきます。本事業の補助を受けるには、左記項目に同意いただく必要がありますので、ご確認			
本	本事業の申請書、実績報告書等の書査・確認過程で、他の補助金の申請書、実績報告書等の内容を、必要に応じて国から都道府県に確認することがあることに同意する。							とに同意する。	はい	必要に応じて、他の補助 象の補助を受けるには、	金と重複する経費がないか等を 、左配項目に同意いただく必要が	確認させていただきます。本事 あります。		の上、「はい」を選択してください。					

【実績報告等作成にあたっての注意点】

- ※記載例を確認の上、作成を行ってください。
- ※作成にあたって、交付決定時に配布した交付決定通知書をご用意ください。 別紙に交付決定通知の内容を記載する箇所がございます。

【掲載資料一覧】

報告時に使用するシート

- ○第4号様式
- ○別紙
- ○領収書等貼付用紙

記載例

- ○第4号様式(記載例)
- 〇別紙(記載例)

令和	任	Ħ	F
~~~ <i>\</i> ^_		Н	

百出	坐舗	大臣	殿
	<b>力</b> 1単川	八 尸.	烘▽

所在地	
施設名称	
代表者名	

「令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」の実績報告書

標記について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて報告する。

- 1 国庫補助精算額 金 円
- 2 実績報告書(別紙)
- 3 添付書類

黄	色セル部分に記載を	お願いいた	こします																
				美	<b>溪績報告</b>	·書(別紙)_	令和3年度	ま新型コロ	コナウイルス	<b>惑染症感</b>	染拡大防	止•医療	提供体制	制確保支	援補助金				
提出日	令和	年	 月	日	1														<令和3
————— 情報 既要					_														
	助産所コードを有る	さない助産所	所は「99999	99999」を言	記載してくた	さい	<u> </u>	: 1		Г									
医療機関等 ード(10桁)									施設名	<b></b>									
式表者職名 						代表有	<b></b> 古氏名												
<b>&gt;=</b>		担当部署	<b>署</b>			担当有	<b></b>		連	絡先電話番	·号					連絡	・先メールフ	アドレス	
連絡先																			
所在地			郵便	番号				都道原	府県						市区町	<b>丁村以降</b>			
			_							<u>                                      </u>									
定額(円)										本補助金	の交付決定	通知に記載	はされた、ろ	交付決定額	をご記載くだる	さい			
 内容 <i><u>本事業</u></i>	************************************	▽ <u>・金額を</u>	下記の支	出科目ご	とに記載し	し <u>て下さい。</u>													
事	 業開始日	令	——— 和	年	月	日	事業	終了日	令	<u>和</u> :	年 月	日							
	科目					内容(各科	目の内容を30字	程度で記入くた	ごさい。 支出のない科	目には「なし」と	記入してください	.)			<b>ラ</b> (支出のない科	<b>支出額</b> ( は「0 」と	円)	.v)	<b>収入額(円)</b> (収入のない場合は「0 」と記入してください)
	賃金・報酬																		
	謝金																		
	会議費																		
	旅費																		
<b>-1-</b>	需用費																		
支出	役務費																		
	委託料																		
	使用料及び賃信	<b></b>																	
	備品購入費																		
	b_合計支出額(	総事業費)	)																
収入	c_上記支出に対	†する <u>本補</u>	助金以外	<u>·</u> の寄付金	さその他	の収入													
d_合計支出額-	-収入額(円) (b-c	;)																	
			補具	助精算額	頁(円)(a	又はdのいす	ずれか少なし	,\額)	【1000円未満	刀捨】									
図事項 容に補助の対象に	こならない経費が含ま	れている場	合や他の智	ままま ままま ままま ままま ままま ままま ままま かんしゅう ままま ままま ままま ままま ままま しゅうしゅう はんしゅう しゅうしゅう しゅう	報告内容(	等に関する都道	府県への確認	について同る	意されない場合は	ままできませ	んので。 ご確≣	忍ください.							
	酬」に従前から勤務									HIS VC OV C	J. J. CHER				はい		いいえ		
				///	, ,,, ,, , , , , , , , , , , , , , , ,		711 <b>25137 PI</b> O								1010				

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
上記「支出額」に他の補助金と対象経費が重複するものは含まれていない。	はい	いいえ
本事業の申請書、実績報告書等の審査・確認過程で、他の補助金の申請書、実績報告書等の内容を、必要に応じて国から都道府県に確認することがあることに同意する。	はい	いいえ

「はい」/「いいえ」いずれかに 「○」をつけてください。

# 参考様式

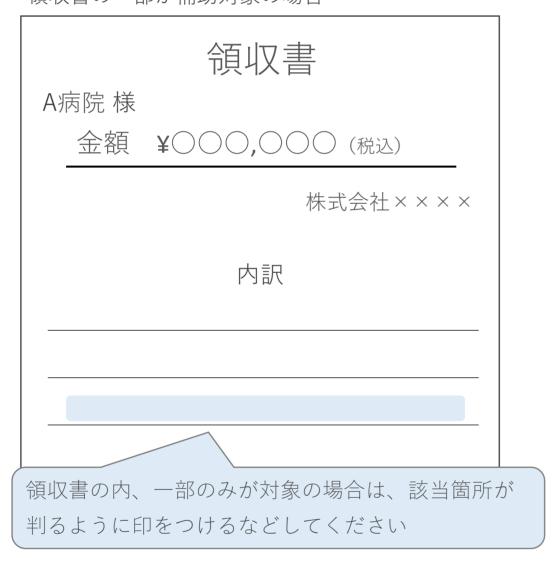
		領収書等	等貼付戶	†用紙令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金								
医療機関等 コード(10桁)								施設名称				
補助精算 (実績報告書(別紙)				] [	領収	(書等の合計額						
実績報告書(別紙)のⅡ.報告内容に記載した支出額について、領収書(写し)等の証拠書類を添付してください。 対象期間(原則、令和3年4月1日から令和3年9月30日)に、支出した額がわかる書類(領収書等)の写しを貼付して下さい。 領収書等(写し)を本用紙1枚に貼付しきれない場合は、本用紙を複数枚印刷して、領収書(写し)を貼付してください。												

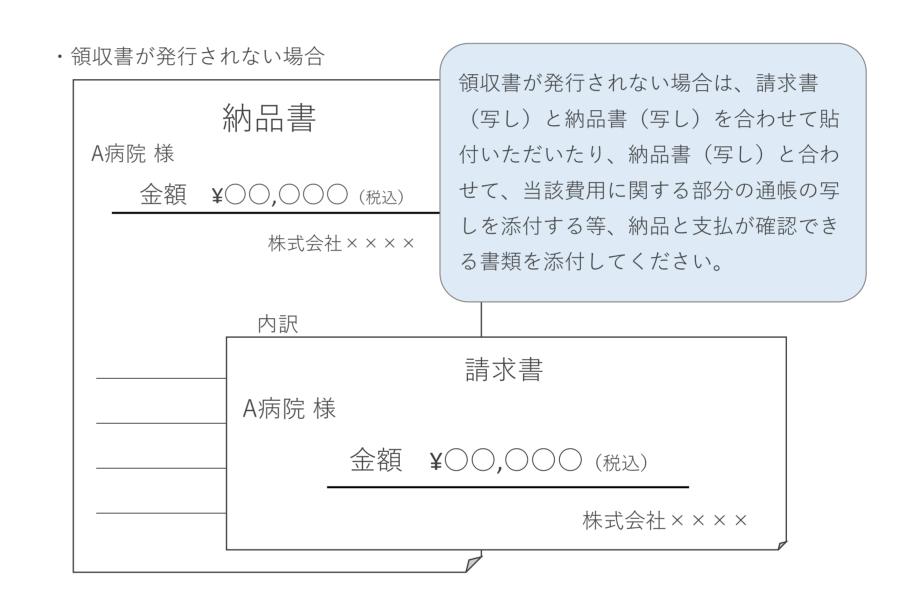
(領収書(写し)は、こちらの線より下に貼付してください。 ※記載されている貼付例や注意事項と重ねて貼付しても差し支えありません。)

A4サイズ以上の領収書等について、本用紙に貼付するのではなく、クリップなどでまとめて添付してください。

# 貼付例

・領収書の一部が補助対象の場合





## (参考) 医療機関等コードにおける都道府県番号一覧及び点数表番号一覧

# 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	1	石川県	17	岡山県	33
青森県	2	福井県	18	広島県	34
岩手県	3	山梨県	19	山口県	35
宮城県	4	長野県	20	徳島県	36
秋田県	5	岐阜県	21	香川県	37
山形県	6	静岡県	22	愛媛県	38
福島県	7	愛知県	23	高知県	39
茨城県	8	三重県	24	福岡県	40
栃木県	9	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		

### 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

「東京都」・「医科」の医療機関の場合、 通常使用される7桁の医療機関コードに、 「13(東京都)」・「1(医科)」を加えて **「131**〇〇〇〇〇]

となります。

# 【実績報告等作成にあたっての注意点】

- ※記載例を確認の上、作成を行ってください。
- ※作成にあたって、交付決定時に配布した交付決定通知書をご用意ください。 別紙に交付決定通知の内容を記載する箇所がございます。また、提出時には交付決定通知書(写し)の添付が必須になります。

# 【掲載資料一覧】

# 報告時に使用するシート

- ○第4号様式
- ○別紙
- ○領収書等貼付用紙

# 記載例

- ○第4号様式(記載例)
- ○別紙(記載例)

第4号様式

# 実績報告書 記載例

文書の番号など管理される場合はこちらに 入力ください

医第〇〇-〇号

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

地東京都千代田区霞が関〇〇	$\bigcirc$
称 ○○病	院
名 院長 ○○	$\bigcirc$

「令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」の実績報告書

標記について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて報告する。

1 国庫補助精算額

金 3,789,000 円

- 2 実績報告書(別紙)
- 3 添付書類
  - ・領収書等の支出が確認できる書類(領収書等貼付用紙)

	黄色セル部分に記載をお願	<b>負いいたします</b>						
		実績報告:	書(別紙)_令和3年度新	型コロナウイルス感	染症感染拡大防止 医療提供体制码	<b>全保支援補助金</b>		
提出日	令和3年	7 月 15 日			必須項目(黄色のセル)すべてに記載して	下さい。		<令和3年度)
情報				<b>.</b>		実績報告書(	別紙) 記載例	
既要	助産所コードを有さないほ	助産所は「999999999」を入力して	てください					
振機関等 ード(10桁)	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 施設名称		〇〇病院		
表者職名		院長	代表者氏名	00	0			
	担当	部署	担当者氏名	連絡:		連絡先メールアドレ	<b>,</b> ス	
連絡先	Δ	Δ	ΟΔΟ	00-0	000-0000	@@@@@@@	<u> </u>	
所在地		郵便番号		都道府県		市区町村以降		
DI 111.76	1 2 3	3 - 4 5	6 7	東京都		千代田区霞が関〇〇〇		
全定額(円)			4,500,	000	は補助金の交付決定通知に記載され <del>た、交付</del> 流	央定額をご記載ください		
内容 <i>本事</i>	業により支出した内容・金	額を下記の支出科目ごとに記	記載して下さい。		74			
事	業開始日	令和 3 年 4 月 1	日 事業終了	7日 令	和 3 年 6 月 3 日			
	科目		内容 (各科目の内容を30字程度で	で記入ください。支出のない科目に	こは「なし」と記入してください。)	支出額(円)	収入額(円)	
	賃金•報酬	臨時職員の給与				234,000		
	謝金	勉強会の講師謝金				200,000		
	会議費	勉強会の会場費など				120,000	_	
	旅費	医師の派遣の旅費				30,000	_	
<b>-1</b> 1 .	需用費	職員用マスク				350,000		
支出	役務費	なし				0		
	委託料	清掃委託				2,000,000		
	使用料及び賃借料	なし				0		
	備品購入費	空気清浄機、エアコン	,			855,500		
	b_合計支出額(総事業	<b>美費</b> )				3,789,500	_	
収入	c_上記支出に対する	<u>本補助金以外</u> の寄付金∙その	)他の収入					0
d_合計支出額	 [-収入額(円) (b-c)					3,78	9,500	
		補助精算額(円)(a	ー a又はdのいずれか少ない額	頁) 【1000円未満切		3.789	9,000	
	<b>象にならない経費が含まれて</b>	いる場合や他補助金の報告内容	容等に関する都道府県への確認に	こついて同意されない場合は	補助できませんので、ご確認ください。			
上記「賃金・報	<b>る酬」に従前から勤務して</b>	いる者及び通常の医療の提供	供を行う者に係る人件費は含ま	<b>ミれていない</b>		はいいえ		-
上記「支出額	[」に他の補助金と対象紹	経費が重複するものは含まれ	ていない。			はいいた	「はい」/「いいえ」の	)いずれか
							に「O」をつけてくだ	
木車業の由請	書、実績報告書等の審査	・確認過程で、他の補助金	の申請書、実績報告書等の内	突を 必要に広じて国か	ら都道府県に確認することがあることに同意	<b>t</b>		

提出期限は、「事業完了の日から起算して1ヶ月を経過した日または令和4年4月10日のいずれか早い日(当日消印有効)」です。

医療機関等コードは、**必ず10桁**で入力してください。 〇1-2桁目;都道府県番号 〇3桁目;点数表番号 〇4-5桁目;郡市区番号 〇6-9桁目;医療機関等番号 〇10桁目;検証番号 都道府県番号と点数表番号が判らない場合は、「(参考)都道府県番号・点数表番号一覧」のシートをご参照ください。

事業開始日には、報告内容にある支出のうち、最も早く支出された日付を記載してください。

事業終了日には、報告内容にある支出のうち、最も遅く支出された日付(支出額確定日)を記載してください。

各科目に該当する費用について、内容と支出額を記入して下さい。支出のない科目については内容に「なし」、支出額に「0」を記入してください。

例)各科目、以下のような費用が考えられます。 (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・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;コロナ感染により医療機関が休業した場合の医療機関への補償を行う保険の保険料 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

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る場合は、補助できませんので、ご確認の上、「はい」を選択してください。

他の補助金と重複する経費は本事業の補助対象外ですので、重複する経費が含まれていないことをご確認の上、「はい」を選択してください。

必要に応じて、他の補助金と重複する経費がないか等を確認させていただきます。本事業の補助を受けるには、左記項目に同意いた だく必要がありますので、ご確認の上、「はい」を選択してください。

厚生労働省発医政 0409 第4号 令 和 3 年 4 月 9 日

各都道府県知事 殿

厚生労働事務次官 (公印省略)

令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供 体制確保支援補助金の交付について

標記については、別添「令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・ 医療提供体制確保支援補助金交付要綱」により行うこととされ、令和3年4月1 日から適用することとされたので、通知する。

なお、貴職から貴管内の市区町村に対して通知するとともに、関係機関等に周知するようお願いする。

令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金交付要綱

### (通則)

1 令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金(以下「本補助金」という。)については、予算の範囲内において交付するものとし、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律(昭和30年法律第179号)、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律施行令(昭和30年政令第255号)及び厚生労働省所管補助金等交付規則(平成12年厚生省

労働省令第6号)の規定によるほか、この交付要綱の定めるところによる。

### (交付の目的)

2 新型コロナウイルス感染症が拡大する中で、緊急的臨時的な対応として、都 道府県の指定を受けた診療・検査医療機関(仮称)における感染拡大防止対策 等に要する費用を補助することにより、院内等での感染拡大を防ぎながら発 熱患者等に対する診療・検査を提供することができる体制の確保を図るとと もに、医療機関・薬局等における感染拡大防止対策等に要する費用を補助する ことにより、それぞれの機能・規模に応じた地域の役割分担の下で、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ことができる体制 の確保を図ることを目的とする。

### (交付の対象)

- 3 本補助金は、診療・検査医療機関(仮称)をはじめとする(1)の対象医療機関等に対して、院内感染防止対策を講じながら一定の診療体制等を確保するための(2)に定める対象経費の補助を行う。
  - (1) 対象医療機関等
    - ①(i)から(iii)のいずれか又は②に該当する医療機関等とする。①(i)及び①(ii)の両方に該当する医療機関は、①(i)又は①(ii)のいずれか一方のみで対象となるものとする。
    - ① 令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保 支援補助金による補助を受けていない医療機関等
      - (i) 診療·検査医療機関(仮称)

院内等で感染拡大を防ぐための取組を行う、都道府県の指定を受けた診療・検査医療機関(仮称)(令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業による補助を受けた医療機関を除く。)

(ii) 医療機関·薬局等

院内等で感染拡大を防ぐための取組を行う、保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者及び助産所(令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業による補助を受けた医療機関を除く。)

(iii) 令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業による補助を受けた医療機関

令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業による補助を受けた医療機関のうち、同事業の補助基準額(新型コロナウイルス感染症入院患者受入割当医療機関(重点医療機関、協力医療機関その他の都道府県が新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の入院受入れを割り当てた医療機関)の場合は、補助基準額に追加される10,000千円を除く。)が「250千円に、50千円に許可病床数を乗じた額を加えた額」より低い医療機関

② 令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保 支援補助金による補助を受けた医療機関

令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保 支援補助金による補助を受けた医療機関のうち、同補助金の申請日以降に 新たに診療・検査医療機関(仮称)の指定を受けた医療機関であって、同 補助金の補助基準額が1,000千円より低い医療機関

(2) 対象経費

令和3年4月1日から令和3年9月30日までにかかる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とする(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除く。)。

### (交付額の算定方法)

4 この補助金の交付額は、次により算出するものとする。

ただし、算出された額に 1,000 円未満の端数が生じた場合には、これを切り 捨てるものとする。

- (1) 次の表の第1欄に定める区分に応じた第2欄に定める基準額と第3欄に定める対象経費の実支出額とを比較して少ない方の額を選定する。
- (2) (1)により選定された額と総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額とを比較して少ない方の額を交付額とする。

1 区分	2 基準額	3 対象経費
① 令和2年度新型コロナウ	新型コロナウイルス感染症	
止·医療提供体制確保支援	に対応した感染拡大防止対	
いない医療機関等	策や診療体制確保等に要す	
(i)	1,000千円	る次に掲げる経費(従前か
診療・検査医療機関(仮称)		ら勤務している者及び通常
		の医療の提供を行う者に係
(ii)	○病院・有床診療所(医	る人件費は除く。)。
医療機関・薬局等	科・歯科)の場合	賃金
	250 千円に、50 千円に許	報酬
	可病床数を乗じた額を加	謝金
	えた額	会議費
		旅費
	○無床診療所(医科・歯	需用費(消耗品費、印刷
	科)の場合	製本費、材料費、光熱水
	250 千円	費、燃料費、修繕料、医
		薬材料費)
	○薬局・訪問看護事業者・	役務費(通信運搬費、手
	助産所の場合	数料、保険料)
	200 千円	委託料
(iii)	「250千円に、50千円に許	使用料及び賃借料
令和2年度インフルエンザ	可病床数を乗じた額を加え	備品購入費
流行期における新型コロナ	た額」から「令和2年度イ	
ウイルス感染症疑い患者を	ンフルエンザ流行期におけ	
受け入れる救急・周産期・	る新型コロナウイルス感染	
小児医療機関体制確保事業	症疑い患者を受け入れる救	
による補助を受けた医療機	急・周産期・小児医療機関	
関	体制確保事業の補助基準額	
	※」を減じた額	
	※ 新型コロナウイルス感	
	染症入院患者受入割当医	

療機関(重点医療機関、 協力医療機関その他の都 道府県が新型コロナウイ ルス感染症患者・疑い患 者の入院受入れを割り当 てた医療機関)の場合 は、補助基準額に加算さ れる10,000千円を除 く。

② 令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防 止・医療提供体制確保支援補助金による補助を受けた 医療機関

令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金の申請日以降に新たに診療・検査医療機関(仮称)の指定を受けた医療機関であって、同補助金の補助基準額が1,000千円より低い医療機関

1,000 千円から「令和2年 度新型コロナウイルス感染 症感染拡大防止・医療提供 体制確保支援補助金の補助 基準額」を減じた額

### (補助金の概算払)

5 厚生労働大臣は、原則として支払うべき額を確定した後、補助事業者が提出 する精算払請求書に基づいて支払を行う。この場合において、厚生労働大臣は、 補助事業者から適法な精算払請求書を受理してから速やかにこれをしなけれ ばならない。

ただし、補助事業者が概算払による支払を要望する場合は、厚生労働大臣は補助事業者の資力、補助事業の内容及び事務の内容等を勘案し、真にやむを得ないと認めた場合には、これを財務大臣に協議し、承認が得られた場合には概算払をすることができる。

### (交付の条件)

- 6 この補助金の交付の決定には、次の条件が付されるものとする。
  - (1) 事業に要する経費の配分の変更(軽微な変更を除く。)をする場合には、 厚生労働大臣の承認を受けなければならない。

- (2) 事業の内容の変更(軽微な変更を除く。)をする場合には、厚生労働大臣の承認を受けなければならない。
- (3) 事業を中止し、又は廃止する場合には、厚生労働大臣の承認を受けなければならない。
- (4) 事業が予定の期間内に完了しない場合又は事業の遂行が困難となった場合には、速やかに厚生労働大臣に報告してその指示を受けなければならない。
- (5) 事業により取得し、又は効用の増加した財産で価格が単価 50 万円(民間団体にあっては 30 万円)以上の機械、器具及びその他の財産については、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律施行令第 14 条第1項第2号の規定により厚生労働大臣が別に定める期間を経過するまで、厚生労働大臣の承認を受けないで、この補助金の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け、担保に供し、又は廃棄してはならない。
- (6) 厚生労働大臣の承認を受けて財産を処分することにより収入があった 場合にはその収入の全部又は一部を国庫に納付させることがある。
- (7) 事業により取得し、又は効用の増加した財産については、事業完了後に おいても善良な管理者の注意をもって管理するとともに、その効率的な運 営を図らなければならない。
- (8) 補助金と事業に係る証拠書類等の管理については次によるものとする。 ア 補助事業者が地方公共団体の場合

補助金と事業に係る予算及び決算との関係を明らかにした第1号様式による調書を作成するとともに、事業に係る歳入及び歳出について証拠書類を整理し、かつ調書及び証拠書類を補助金の額の確定の日(事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、その承認を受けた日)の属する年度の終了後5年間保管しておかなければならない。ただし、事業により取得し、又は効用の増加した価格が単価50万円以上の機械、器具及びその他の財産がある場合は、前記の期間を経過後、当該財産の財産処分が完了する日、又は補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律施行令第14条第1項第2号の規定により厚生労働大臣が別に定める期間を経過する日のいずれか遅い日まで保管しておかなければならない。

イ 補助事業者が地方公共団体以外の場合

事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出について証拠書類を整理し、かつ、当該帳簿等及び証拠書類を補助金の額の確定の日(事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、その承認を受けた日)の属する年度の終了後5年間保管しておかなければならない。ただし、事業により取得し、又は効用の増加した価格が30万円以

上の機械、器具及びその他の財産がある場合は、前記の期間を経過後、 当該財産の財産処分が完了する日、又は補助金等に係る予算の執行の適 正化に関する法律施行令第 14 条第1項第2号の規定により厚生労働大 臣が別に定める期間を経過する日のいずれか遅い日まで保管しておかな ければならない。

(9) 事業完了後に、消費税及び地方消費税の申告により補助金に係る消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額が確定した場合(仕入控除税額が0円の場合を含む。)は、第2号様式により、遅くとも事業完了日の属する年度の翌々年度6月30日までに厚生労働大臣に報告しなければならない。

なお、補助事業者が全国的に事業を展開する組織の一支部(又は一支社、 一支所等)であって、自ら消費税及び地方消費税の申告を行わず、本部(又 は本社、本所等)で消費税及び地方消費税の申告を行っている場合は、本 部の課税売上割合等の申告内容に基づき報告を行うこと。

また、補助金に係る仕入控除税額があることが確定した場合には、当該 仕入控除税額を国庫に返還しなければならない。

(10) この補助金に係る補助金の交付と対象経費を重複して、他の補助金を受けてはならない。

### (申請手続)

7 この補助金の交付の申請は、第3号様式による申請書に関係書類を添えて、 厚生労働大臣が別に定める日までに厚生労働大臣に提出するものとする。

### (変更申請手続)

8 この補助金の交付決定後の事情の変更により申請の内容を変更して追加交付申請等を行う場合には、7に定める申請手続に従い、厚生労働大臣が別に定める日までに行うものとする。

### (交付決定までの標準的期間)

9 厚生労働大臣は、7又は8に定める申請書が到達した日から起算して原則として1か月以内に交付の決定(決定の変更を含む。)を行うものとする。

### (実績報告)

10 この補助金の事業実績報告は、事業完了の日から起算して1か月を経過した日(6の(3)により事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、当該承認通知を受理した日から起算して1か月を経過した日)又は令和4年4月10日のいずれか早い日までに第4号様式による報告書を厚生労働大臣に提出しな

ければならない。

### (補助金の返還)

11 厚生労働大臣は、交付すべき補助金の額を確定した場合において、既にその 額を超える補助金が交付されているときは、期限を定めて、その超える部分に ついて国庫に返還することを命ずる。

### (その他)

12 特別の事情により 4、7、8及び 10 に定める算定方法、手続きによることができない場合には、あらかじめ厚生労働大臣の承認を受けてその定めるところによるものとする。

なお、この補助金について、精算交付申請を行う場合は、別途指示する期日 までに、第5号様式による申請書を厚生労働大臣に提出して行うものとする。