

令和 3 年 2 月 15 日

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

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 | 〇〇歯科医院        |
| 代表者名 | 〇〇〇           |

「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

必ず、いずれか該当する方に「✓」を入れてください

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）のに記載の「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 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）

別紙

黄色セル部分に記載をお願いいたします

【表面】 交付申請書（別紙） 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

|     |          |                                    |                                                                                                          |
|-----|----------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請日 | 令和3年3月1日 | (入力形式) 西暦4桁/月/日<br>(表示は、元号表示になります) | 医療機関等コードは、必ず10桁で記入してください。<br>○1-2桁目：都道府県番号<br>○3桁目：点数表番号<br>○4-5桁目：都市区番号<br>○6-9桁目：医療機関等番号<br>○10桁目：検証番号 |
|-----|----------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

I. 基本情報

(1)施設概要

助産所コードを有さない助産所は「9999999999」を入力してください

|               |                 |   |   |   |   |       |   |   |   |   |           |        |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------|-----------------|---|---|---|---|-------|---|---|---|---|-----------|--------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 医療機関等コード(10桁) | 9               | 8 | 7 | 6 | 5 | 4     | 2 | 3 | 1 | 0 | 施設名称      | 〇〇歯科医院 |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 代表者職名         | 院長              |   |   |   |   | 代表者氏名 |   |   |   |   | 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      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|               | 事務              |   |   |   |   | ●● ●● |   |   |   |   | 030000000 |        |  |  |  | @ @ @ @ @ @ @ @ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所在地           | 郵便番号            |   |   |   |   |       |   |   |   |   | 都道府県      |        |  |  |  | 市区町村以降          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|               | 0 1 2 - 3 4 5 6 |   |   |   |   |       |   |   |   |   | 東京        |        |  |  |  | 千代田区〇〇町〇番〇号     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(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。

|                                                                        |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①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ていない医療機関等<br>①(i)診療・検査医療機関(仮称) | ①(ii)院内等での感染拡大防止等の取組を行う医療機関等<br>都道府県の指定を受けた「診療・検査医療機関(仮称)」である。<br>「はい」・「いいえ」 いずれかにチェック<br>はい<br>いいえ<br>✓ | 病院<br>有床診療所<br>無床診療所<br>訪問看護事業者<br>局局、助産所、訪問看護事業者<br>該当する類型にチェック<br>許可病床数 ※2<br>〇病院、有床診療所<br>250,000円+(50,000円×許可病床数)円<br>〇無床診療所<br>250,000円<br>〇助産所、訪問看護事業者<br>200,000円<br>〇局局、助産所、訪問看護事業者<br>200,000円 | 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<br>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」の補助を受けている。<br>「はい」・「いいえ」 いずれかにチェック<br>はい<br>いいえ<br>✓ | ※1 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、都道府県から交付された指定通知書や証明書又は令和2年度9月15日の予備費による「インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業」の交付決定通知を添付してください。<br>※2 原則として、令和2年12月15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ている場合は「申請日」の許可病床数を用いてください。<br>※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、その補助申請書に用いた許可病床数を記載してください。 | 〇はい：1,000,000円<br>〇いいえ：0円<br>〇病院、有床診療所<br>250,000円+(50,000円×許可病床数)円<br>〇無床診療所<br>250,000円<br>〇助産所、訪問看護事業者<br>200,000円<br>〇局局、助産所、訪問看護事業者<br>200,000円<br>〇はい：当該事業の補助上基準額(上限額)許可病床199床以下：10,000,000円<br>許可病床200床毎に 2,000,000円追加<br>なお、新型コロナウイルス患者受入該当医療機関の場合、加算される10,000,000円は考慮しない<br>〇はいえ：0円 | ①(i)としての補助基準額(上限額)<br>①(i) 0<br>①(ii)としての補助基準額(上限額)<br>①(ii) 250,000<br>②の補助済み事業における補助基準額(上限額)<br>② 0<br>①(i)と①(ii)のいずれか大きい額<br>①としての補助基準額(上限額)<br>① 250,000<br>①から②を差し引いた額<br>a 本事業の補助基準額(上限額)<br>a 250,000 |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

必ず裏面も記入してください

別紙

黄色セル部分に記載をお願いいたします

【裏面】 交付申請書（別紙） 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

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 |
| 預金種類           | 口座番号(右読め) |                             |  |  |  | (フリガナ)  |   |   |   |   |     |      |        |   |           |   |
| 1:普通 2:当座 6:別段 | 2         | ※8桁未満の場合、頭に「0」をつけて8桁にしてください |  |  |  |         | 1 | 1 | 1 | 1 | 1   | 1    | 1      | 1 | マルマルシカライン |   |
| 取引口座名          |           |                             |  |  |  |         |   |   |   |   |     |      | 〇〇歯科医院 |   |           |   |

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

|                             |                             |                                                    |           |        |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------|-----------|--------|
| 事業開始日                       | 令和2年12月15日                  | 事業終了日                                              | 令和3年3月31日 |        |
| 支出                          | 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)    | 収入額(円) |
|                             | 賃金・報酬                       | 臨時職員の給与                                            | 0         |        |
|                             | 謝金                          | 勉強会の講師謝金                                           | 50,000    |        |
|                             | 会議費                         | 勉強会の会場費など                                          | 30,000    |        |
|                             | 旅費                          | 医師の派遣の旅費                                           | 0         |        |
|                             | 需用費                         | 職員用マスク                                             | 150,000   |        |
|                             | 役務費                         | なし                                                 | 0         |        |
|                             | 委託料                         | 清掃委託                                               | 100,000   |        |
|                             | 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                                         | 25,000    |        |
| b_合計支出額(総事業費)               |                             |                                                    |           |        |
| 収入                          | c_上記支出に対する本補助金以外の寄付金・その他の収入 |                                                    | 0         |        |
| 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」                             | 355,000   |        |
| 補助金交付申請額(円)(aとdのいずれか少ない額)   |                             | 【1000円未満切捨】                                        | 250,000   |        |
| 上記「支出額」について、全ての支払が完了している。   |                             | はい<br>いいえ                                          |           |        |

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<br>いいえ | 「はい」/「いいえ」のいずれかに「0」をつけてください                                                                                 |
| 上記「支出額」に、令和2年度二次補正予算の「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」や「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」、「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」等、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<br>いいえ | 二次補正予算の「新型コロナ疑い患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業」や「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」等、他の補助金と重複する経費は本事業の補助対象外です。             |
| 本事業の申請書、実績報告書等の審査・確認過程で、令和2年度二次補正予算の「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」や「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」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<br>いいえ | 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。同意いただけない場合は、本事業の補助を受けることはできません。なお、入手した情報は本事業の審査・確認以外の目的で使用することはございません。 |

医療機関等コードは、必ず10桁で入力してください。

- 1-2桁目：都道府県番号
- 3桁目：点数表番号
- 4-5桁目：都市区番号
- 6-9桁目：医療機関等番号
- 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。

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書又は「インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業」の交付決定通知を添付してください。

「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。

「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。

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。

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  
・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  
・備品購入費：空気清浄機の購入費 等

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。

「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。

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。

二次補正予算の「新型コロナ疑い患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業」や「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」等、他の補助金と重複する経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。

必要に応じて、令和2年度二次補正予算の「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」や「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」の申請内容や実績報告の内容について、国から都道府県へ確認することについて同意してください。  
なお、同意されない場合は申請できません。

# 請 求 書

「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。

交付申請書（別紙）に記載した口座を記載してください

|              |                 |      |          |
|--------------|-----------------|------|----------|
| 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)       | マルマルシカイイン       |      |          |
| 口座名          | 〇〇歯科医院          |      |          |
| 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<br>交付請求 | 令和3年3月31日       |      |          |

施設名称 〇〇歯科医院

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