

第4号様式

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

所在地	東京都千代田区霞が関〇〇〇
施設名称	〇〇病院
代表者名	院長 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

- ・ 本事業の交付決定通知（写し）
- ・ 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します

実績報告書(別紙) 令和2年度新型コロナウイルス感染症拡大防止 医療提供体制確保支援補助金

提出日 令和 年 月 日 必須項目 (黄色のセル) すべてに記載して下さい。 <令和2年度用>

I. 基本情報

(1) 施設概要

施設概要入力欄: 施設コード(10桁)、施設名称(〇〇病院)、代表者(院長)、連絡先(〒、電話番号)、所在地(〒、市区町村、千代田区霞が関〇〇)

支払決定額(円) 4,500,000 本補助金の交付決定を通知に際しまして、交付決定額をご記載ください。提出時には、必ず本事業の交付決定通知(写し)を添付してください

II. 報告内容 本事業により支出した内容・金額を下記の支出科目ごとに記載して下さい。

支出明細表: 科目(賞金・報酬, 謝金, 会費, 旅費, 備用品, 役員費, 委託料, 使用料, 備品購入費), 内容, 支出額(円), 差入額(円)

IV. 留意事項

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補助金の報告内容等に關する都道府県への確認について回答されない場合は補助できませんので、ご確認ください。

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3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: 点数番号
〇4-5桁目: 都庁区番号
〇6-9桁目: 医療機関等番号
〇10桁目: 施設番号
都道府県番号と点数番号が判らない場合は、「(参考) 都道府県番号・点数番号一覧」のシートをご参照ください。

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」を記入して下さい。
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。)

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。

二次修正予算の「新型コロナウイルス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。

必要に応じて、令和2年度二次修正予算の「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。同意されない場合は補助できません。