

事業結果報告書_医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

施設概要

助産所コードを有さない助産所は「999999999」を入力してください

申請日	2020/7/31	医療機関等 コード (10桁)	1	3	3	4	5	6	7	8	9	0	施設名称	医療法人〇〇〇 △△△病院
管理者職名	病院長		管理者氏名		〇〇〇〇									
連絡先	担当部署		担当者氏名		連絡先電話番号			連絡先メールアドレス						
	〇〇部		〇〇〇〇		03-xxxx-xxxx			〇〇〇〇@〇〇.〇〇						
所在地	郵便番号				都道府県名			市区町村以降						
	6	4	0	-	8	5	8	5	和歌山県			小松原通1-1		

施設類型について、該当するものに○してください。

※原則として令和2年4月1日現在の医療法上の許可病床数

施設類型	<input checked="" type="checkbox"/> 病院 (医科、歯科)	許可病床数* (病院のみ記載)	300	a_補助上限額 (円)	17,000,000	計算結果をご記載ください 2,000,000 + (50,000 × 病床数)
	<input type="checkbox"/> 有床診療所 (医科、歯科)				2,000,000	
	<input type="checkbox"/> 無床診療所 (医科、歯科)				1,000,000	
	<input type="checkbox"/> 薬局、訪問看護ステーション、助産所				700,000	

施設類型及び許可病床数に間違いがない

はい いいえ

施設類型及び許可病床数に間違いがない場合は、左の欄で「はい」を選択して下さい。

※間違いがあり本来の補助金額を超過して補助金が支払われた場合、超過分は返還対象となります。

口座情報

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

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

新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業との重複について

「新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業」の
支援金について申請しておらず、申請する予定もない

はい いいえ

該当する場合は、「はい」を選択して下さい。

※本事業と左記事業の補助は、重複して受けられませんので、ご注意ください。

事業費用 (結果報告)

【新型コロナウイルス感染症に対応した感染拡大防止対策や診療体制確保等に要した費用】

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

感染拡大防止対策に要する費用に限らず、院内等での感染拡大を防ぎながら地域で求められる医療を提供するための診療体制確保等に要する費用についても、幅広く補助の対象となります。

科目	交付申請額 (円)	支出済額 (円)	
支出	賃金・報酬	2,000,000	2,000,000
	謝金	400,000	400,000
	会議費	500,000	500,000
	旅費	135,500	135,500
	需用費	4,500,000	4,500,000
	役務費	1,500,000	1,500,000
	委託料	1,500,000	1,500,000
	使用料及び賃借料	3,000,000	3,000,000
	備品購入費	4,000,000	4,000,000
b_合計額	17,535,500	17,535,500	
収入	c_上記支出に対する本補助金以外の寄付金・その他の収入	0	0
d_支出済額の合計-収入額 (円) (b-c)	17,535,500	17,535,500	
補助金額 (円) (a【補助上限額】とdのいずれか少ない額 (1000円未満切捨))	17,000,000	17,000,000	

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

・賃金・報酬；感染防止対策を実施する者を新規に雇用した際の賃金 等
・謝金；感染拡大防止の勉強会を実施するための講師謝金 等
・会議費；感染拡大防止の勉強会のための会場費 等
・旅費；感染拡大防止研修のための医師派遣にかかる旅費 等
・需用費；消耗品 (マスクや消毒用アルコール等) 費 等
・役務費；職員の感染に係る保険料 等
・委託料；施設内の清掃委託、洗濯委託、消毒委託、検査委託、感染性廃棄物処理委託、レイアウト変更のための委託費用 等
・使用料及び賃借料；寝具リース料 等
・備品購入費；HEPAフィルター付き空気清浄機の購入費 等

上記の支出に対して、本補助金以外の寄付金やその他の収入を用いる場合はその金額を、用いない場合は「0」円をご入力ください。
なお、ここに金額が記載された場合は、合計支出予定額からその額を差し引いた額が、補助の対象費用になります。

上記、「賃金・報酬」に従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は含まれていない

はい いいえ

従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は、本事業の対象外ですので、ご確認ください。