

医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業補助金交付申請書

番 号

令和 年 月 日

提出年月日を記載

和歌山県知事 様

【注意点】
 ・**個人事業主の場合**
 所在地：個人の住所
 印鑑：個人の実印
 ・**法人の場合**
 所在地：法人の住所
 印鑑：法人の代表者印

申請者
 所在地 〒640-8585
 和歌山市小松原通1-1
 名称 医療法人 ○○ △△病院
 代表者役職氏名 病院長 ○○ ○○ 印

令和2年度において、標記の事業を実施したいので、補助金等 17,000,000円 の交付について、和歌山県補助金等交付規則第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

補助金交付申請額を記載
 ※1,000円未満切捨て

なお、この申請に当たり同規則第5条の2に規定する 件に該当することが判明した場合又は同規則第10条第2項の規定に違反した場合には、同規則第17条に基づき補助金等の交付の決定の全部又は一部を取り消されても、何ら異議の申立てを行いません。

精算交付申請の場合はこちらにチェック

（申請内容確認欄）※以下のいずれかにチェックしてください。

- ①対象経費について、申請日時点で全て支払い済である。→**精算**交付申請
 - ②対象経費について、申請日以降に支払い予定である。→**概算**交付申請
- （**概算**交付申請の場合：支払い完了予定日 令和 年 月 日）

関係書類

精算交付申請	概算交付申請
1、事業結果報告書（別記第1号様式）	1、事業実施計画書（別記第2号様式）
2、通帳の写し	2、支出科目チェック表
3、支出科目チェック表	3、誓約書
4、経費の精算根拠が確認できる書類	4、役員名簿（法人の場合）
5、写真（事業の実施が確認できるもの）	
6、誓約書	
7、役員名簿（法人の場合）	

医療機関等の情報を記入

施設概要

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 〇〇部 担当者氏名 〇〇〇〇 連絡先電話番号 03-xxxx-xxxx 連絡先メールアドレス 〇〇〇〇@〇〇.〇〇

所在地 郵便番号 6 4 0 - 8 5 8 5 都道府県名 和歌山県 市区町村以降 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	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)
	有床診療所(医科、歯科)				2,000,000	
	無床診療所(医科、歯科)				1,000,000	
	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。

補助金振込口座の情報を記入

口座情報

金融機関名 〇〇銀行 金融機関コード 1 2 3 4 支店名 〇〇〇 県庁 〇〇 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) イ) 〇〇〇

取引口座名 医療法人〇〇〇

・法人の場合は、必ず法人の口座を記載すること
・記載内容が確認できる「通帳の写し」を添付すること

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

重複しての申請は認められないため、基本的に「はい」に○が入る。

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
	役員費	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

【留意事項】
・精算交付申請の場合は「交付申請額」欄と「支出済額」欄には同じ数字が入る。
・「交付申請額」「支出済額」は「支出科目チェック表」と一致する数字が入る。

・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」円を入力する。
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る。

1,000円未満切り捨て
※交付申請額と一致する

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

従前からの人件費は補助金の対象外であるため、基本的には「はい」に○が入る。

通帳の写し

- ・支払い口座を把握するため、口座番号、銀行名、支店等が分かるページを添付する。
- ・一般的には、表紙、1ページ目のコピーが必要

通帳の写し
(表紙)

通帳の写し
(1ページ目)

科目	番号	対象経費	チェック	金額(円)	
賃金・報酬	-	感染防止対策を実施する者を新規に雇用した際の賃金 等 任用期限を定めた臨時的な雇用に対する給付(任用期間は6か月以内で更新は1回限り)		2,000,000	
	①	臨時職員	<input type="checkbox"/>		
	②	臨時清掃業者	<input checked="" type="checkbox"/>	2,000,000	
	③	その他()	<input type="checkbox"/>		
謝金	④	講習会講師謝金、感染拡大防止の勉強会を実施するための講師謝金 等	<input checked="" type="checkbox"/>	400,000	
会議費	⑤	感染拡大防止の勉強会のための会場費 等	<input checked="" type="checkbox"/>	500,000	
旅費	⑥	感染拡大防止研修のための従業員派遣にかかる旅費 等	<input checked="" type="checkbox"/>	135,500	
需用費	-	消費的有形物の取得、修繕等に要する経費		4,500,000	
	⑦	除菌ハンドソープ	<input type="checkbox"/>		
	⑧	ペーパータオル	<input type="checkbox"/>		
	⑨	マスク	<input type="checkbox"/>		
	⑩	消毒剤	<input type="checkbox"/>		
	⑪	フェイスシールド	<input checked="" type="checkbox"/>	100,000	
	⑫	アイガード(眼鏡)	<input type="checkbox"/>		
	⑬	手袋	<input type="checkbox"/>		
	⑭	個人防護具	<input checked="" type="checkbox"/>	500,000	
	⑮	消毒剤ディスペンサー	<input type="checkbox"/>		
	⑯	受付等のアクリルパーティション・ビニールカーテン	<input checked="" type="checkbox"/>	200,000	
	⑰	掲示(デジタルサイネージ(初期導入費)、ホワイトボード、ブラックボード等)	<input checked="" type="checkbox"/>	1,000,000	
	⑱	体温計(非接触式、接触式) 等	<input checked="" type="checkbox"/>	200,000	
	⑲	患者動線区別用パーティション、床シール	<input checked="" type="checkbox"/>	1,000,000	
	⑳	待合い用アクリルパーティション、待合い椅子、	<input type="checkbox"/>		
	㉑	抗菌キーボード、抗菌マウス	<input type="checkbox"/>		
	㉒	長机・パイプ椅子(受付用)、パイプ椅子(患者用)	<input checked="" type="checkbox"/>	500,000	
	㉓	日よけ(テント含む)	<input checked="" type="checkbox"/>	1,000,000	
	㉔	その他()	<input type="checkbox"/>		
	役務費	-	特定の人的サービスの提供に支払われるもの		1,500,000
		㉕	白衣クリーニング	<input checked="" type="checkbox"/>	1,000,000
		㉖	エアコンクリーニング	<input type="checkbox"/>	
		㉗	職員の感染に係る保険料	<input type="checkbox"/>	
		㉘	オンライン診療・服薬指導機器(ランニングコスト)	<input type="checkbox"/>	
㉙		代金決済システム(ランニングコスト、手数料) 等	<input checked="" type="checkbox"/>	500,000	
㉚		その他()	<input type="checkbox"/>		

科目	番号	対象経費	チェック	金額(円)
委託料	-	施設内の清掃委託、洗濯委託、消毒委託、検査委託、感染性廃棄物処理委託、レイアウト変更のための委託費用 等		1,500,000
	③①	清掃(業者への委託費用)	<input checked="" type="checkbox"/>	1,500,000
	③②	その他()	<input type="checkbox"/>	
使用料及び賃借料	-	物又は権利の使用の対価(不動産、動産又は施設、物品)		3,000,000
	③③	医療機器等リース料	<input checked="" type="checkbox"/>	3,000,000
	③④	防護具備蓄倉庫等賃借料	<input type="checkbox"/>	
	③⑤	その他()	<input type="checkbox"/>	
備品購入費	-	比較的長期に使用、保存できる物品購入経費		4,000,000
	③⑥	空気清浄機	<input type="checkbox"/>	
	③⑦	オンライン診療・服薬指導機器(初期導入費)	<input type="checkbox"/>	
	③⑧	ブース設置	<input type="checkbox"/>	
	③⑨	代金決済システム(初期導入費)等	<input checked="" type="checkbox"/>	2,000,000
	④⑩	空調設備 換気扇	<input type="checkbox"/>	
	④①	空調設備 サーキュレーター	<input type="checkbox"/>	
	④②	パーティション	<input type="checkbox"/>	
	④③	エアーカーテン	<input type="checkbox"/>	
	④④	ガラス付き受付カウンター	<input type="checkbox"/>	
	④⑤	間仕切りパーティション改築	<input type="checkbox"/>	
	④⑥	専用受付・投薬口の整備	<input type="checkbox"/>	
	④⑦	対話支援機器	<input type="checkbox"/>	
	④⑧	施設外電源設置	<input type="checkbox"/>	
	④⑨	スポットクーラー	<input type="checkbox"/>	
	⑤⑩	その他(別紙参照)	<input checked="" type="checkbox"/>	2,000,000
				17,535,500

リストに無いものは、「その他」に記載し別紙を添付して説明

※対象物品に☑及び金額を記入してください。

※リストに購入物品がない場合は、その他欄に記載し別紙を添付して説明してください。

※領収書等を添付する際には必ず、領収書毎に①～⑤⑩のいずれかの番号を記載してください。

参考資料:チェック表(その他)

科目 **備品購入費**

支出科目チェック表の費目を記載
※2つの科目で「その他」があれば2枚作成

支出科目チェック表中、上記の科目「その他」欄の内容は以下のとおり。

(税抜き 税込み)
※どちらかに○を記入してください。

目的・用途	支出内容	金額(円)
<p>当院において、新型コロナウイルスの感染拡大防止のため、換気が重要となる。 これまで設置していたエアコンを換気機能が付いたものに変更することで、感染拡大防止の効果が期待される。</p>	<p>換気機能つきエアコン 10台 (商品名:エアー〇〇)</p>	<p>2,000,000</p>
<p>○どのような目的、用途で使用するか記載 【留意点】 以下の点に留意して記載すること ・それぞれの医療機関で新型コロナウイルスについて、どのような感染リスクがあると考えているか。 ・それに対して、どのような取り組みを行うのか。 (備品等の具体的な使用方法に言及する。) ・その取組の結果、どのような効果が期待できるか。</p>	<p>○購入する物品等を記載 ()書きで商品名を記載 【留意点】 対外的に公表される可能性があるものであるため、一般的にコロナウイルスの感染拡大防止に効果があると思われるものでなければならない。 どのような効果が見込まれるか一見して分かりづらいものは「目的・用途」欄で特に詳しく説明する必要がある。</p>	
<p>合計</p>		<p>2,000,000</p>

※参考様式となりますので、別の目的、用途、支出内容、金額が確認できれば、別の用紙でも構いません。

精算を確認する書類

- ・支払いの事実及び内容(物品、役務の提供等)が分かるもの…領収書
- ・事業の実施を確認できる写真(下記参照)

領収書ごとに支出科目チェック表の整理番号を記入

購入したものの名称、数量を記載

14

個人防護服 100着

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

【留意事項】

- ・宛名の記載漏れが多い点に注意
※特にインターネット経由で購入した場合、宛名が空欄場合があります。
- ・領収書の宛名は通常「申請者名」となります。
- ・ただし書きで、内容(物品、役務の提供等)が記載されていないものは、請求書を添付するなど、内容を補足してください。
- ・領収書が1月分の納入物品をまとめた額で発行される場合は、その金額に対応する請求書(明細で物品名が確認できるもの)を添付し、明細の中の対象となる物品にマーカー、番号を付けるなど対象物品を明確にすること。

写真

事業の実施が分かる写真を添付

- ・領収書ごとに納入された物品の写真を添付する。
- ・写真は納入された物品の「数量」「規格」が分かるように撮影すること。
- ・消耗品等の一部が使用済みである場合は、「一部使用済」と記載
- ・消耗品等を全て使用したことにより写真を添付できない場合は「使用済みのため写真を添付できない」と記載
- ・人件費、クリーニング等、物の納品を伴わない場合は、請求書、仕様書等事業の内容が分かるものを添付する。

《精算確認書類例(需用費:⑩体温計)》

記載例

領収書がない場合の精算確認書類

- ・支払いの事実が分かるもの…通帳の写し(引き落とし金額が分かる物)
- ・支払いの内容(物品、役務の提供等)が分かる物…請求書等
- ・事業の実施を確認できる写真

18

非接触型体温計 5個

請求書

〇〇医院 様

株式会社
〇〇商店

ご請求額 400,000 円

9月請求分

《明細》

		(円)
〇〇薬品	40本	計 200,000
非接触型体温計	5個	計 200,000

支出額のうち、補助対象が分かるよう「メーカー」「番号」等で補足する。

通帳の写し

2020年9月1日
2020年10月1日	力)〇〇ショウテン	400,000
2020年10月21日

金額が一致すれば、支出の事実を確認することができる。

18

写真

事業の実施が分かる写真を添付

- ・領収書ごとに納入された物品の写真を添付する。
- ・写真は納入された物品の「数量」「規格」が分かるように撮影すること。
- ・消耗品等の一部が使用済みである場合は、「一部使用済」と記載
- ・消耗品等を全て使用したことにより写真を添付できない場合は「使用済みのため写真を添付できない」と記載
- ・人件費、クリーニング等、物の納品を伴わない場合は、請求書、仕様書等事業の内容が分かるものを添付する。

誓 約 書

記載例

私は、下記の事項について誓約します。
(該当する部分に☑してください。全ての項目に☑がある方のみが申請可能です。)

記

- 申請者は、医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業補助金交付要綱に定める補助対象事業者です。
- 申請者は、和歌山県暴力団排除条例（平成 23 年和歌山県条例第 23 号）第 2 条第 3 号の暴力団員等又は同条第 1 号の暴力団若しくは同条第 2 号の暴力団員と密接な関係を有する者ではありません。
- 支出科目チェック表に記載した経費については、全て新型コロナウイルス感染症に対応した感染拡大防止対策又は診療体制確保等に要する経費です。
- 支出科目チェック表に記載した経費については、他の補助金の対象経費として申請しておりません。
- 提出書類の記載事項に虚偽があった場合は、補助金を一括返還します。

令和〇年 〇月 〇日

(申請者の記名押印又は署名)

社名・団体名 **医療法人〇〇〇 △△△病院**

代表者（職）氏名 **病院長 〇〇 〇〇** 印

【注意点】

- ・ **個人事業主の場合**
印鑑：個人の実印
- ・ **法人の場合**
印鑑：法人の代表者印

※自書の場合は押印不要

役員名簿

記載例

法人名称: 医療法人 ○○○

※該当する年号を○で囲んでください。

役職名	(ふりがな) 氏名	住 所	生 年 月 日
理事長	わかやま たろう 和歌山 太郎	和歌山市小松原通1-1	大・昭・平 ○年○月○日
理事	わかやま じろう 和歌山 次郎	和歌山市小松原通1-1	大・昭・平 ○年○月○日
			大・昭・平 年 月 日
			大・昭・平 年 月 日
			大・昭・平 年 月 日
			大・昭・平 年 月 日
			大・昭・平 年 月 日
			大・昭・平 年 月 日
			大・昭・平 年 月 日
			大・昭・平 年 月 日
			大・昭・平 年 月 日

【注意点】
「ふりがな」の記載もれ
に注意