

第三次補正予算 令和2年度新型コロナウイルス感染症  
感染拡大防止・支援事業医療提供体制確保支援補助金

申請書（手書き様式）

※次ページ以降が手書きの場合の申請書です。  
前ページまでを参照に作成してください。  
次ページの交付申請書で「申請する補助対象額の支払いは全て完了している「精算交付申請」である。」を選択した場合は、最後のページの参考様式（領収書等貼付用紙）に領収書（写し）等の証拠書類を貼付して提出してください。

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

<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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

黄色セル部分に記載をお願いします

【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拡大防止・医療提供体制確保支援補助金

申請日 (ハカ形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り

医療機関等コード (10桁) 医療機関等コードは、必ず10桁で記入してください。  
01-2桁目：都道府県番号  
03桁目：点検番号  
04-5桁目：郡市区番号  
06-9桁目：医療機関等番号

1. 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)	施設名称			
代表者職名	代表者氏名	連絡先メールアドレス		
連絡先	担当部署	担当者氏名	連絡先電話番号	市区町村以降
所在地	郵便番号	都道府県		

(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。

<p>①(1) 診療・検査医療機関 (仮称)</p> <p>都道府県の指定を受けた「診療・検査医療機関 (仮称)」である。</p> <p>「はい」・「いいえ」 いずれかにチェック はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/></p> <p>※1 指定通知書等を添付</p> <p>〇はい：1,000,000円 〇いいえ：0円</p> <p>①(1) としての補助基準額 (上限額)</p> <p>①(1)</p>	<p>①(2) 院内等での感染拡大防止等の取組を行う医療機関等</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>病院</td> <td>有床診療所</td> <td>無床診療所</td> <td>薬局、助産所、訪問看護事業業者</td> </tr> <tr> <td colspan="4">該当する類型にチェック</td> </tr> <tr> <td colspan="4">許可病床数 ※2</td> </tr> </table> <p>〇薬局、訪問看護事業者 〇助産所：200,000円 〇病院、有床診療所 〇無床診療所：250,000円 〇無床診療所：250,000円 + (50,000円 × 許可病床数) / 円</p> <p>①(1) と ①(2) としての補助基準額 (上限額)</p> <p>①(ii)</p>	病院	有床診療所	無床診療所	薬局、助産所、訪問看護事業業者	該当する類型にチェック				許可病床数 ※2			
病院	有床診療所	無床診療所	薬局、助産所、訪問看護事業業者										
該当する類型にチェック													
許可病床数 ※2													

  

<p>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る医療機関</p> <p>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。</p> <p>「はい」・「いいえ」 いずれかにチェック はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/></p> <p>当該事業申請時の許可病床数 ※3</p> <p>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 許可病床200床毎に：2,000,000円追加 なお、新型コロナウイルス患者受入前当該医療機関の場合、加算される10,000,000円は考慮しない</p> <p>〇いいえ：0円</p> <p>②の補助済み事業における補助基準額 (上限額)</p> <p>②</p>	<p>※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指定証明書又は令和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。</p> <p>※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。</p> <p>※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、その補助申請時に用いた許可病床数を記載してください。</p>
--	---

  

<p>①(1) と ①(2) と ①(ii) のいずれか大きい額</p> <p>①</p>	<p>②の補助済み事業における補助基準額 (上限額)</p> <p>①から②を差し引いた額</p> <p>a 本事業の補助基準額 (上限額)</p> <p>a</p>
---	---

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	金融機関コード	支店名	支店コード
預金種類	口座番号 (右詰め)	取引口座名	
1.普通 2.当座 6.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	(フリガナ)	

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。

事業開始日	事業終了日	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。)	支出額 (円)	収入額 (円)
		支出			
		賃金・報酬			
		謝金			
		会議費			
		旅費			
		需用費			
		役員費			
		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)			
		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			
		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+dのいずれか少ない額) 【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。「はい/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、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を疑う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	いいえ
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	いいえ

二次補正予算の「新型コロナウイルス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」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。

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いけません。

「はい」/「いいえ」のいずれかに「0」をつけてください。

# 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

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

印

官 署 支 出 官  
厚生労働省大臣官房会計課長 殿

領収書等貼付用紙\_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

医療機関等 コード (10桁)								施設名称
補助申請額 (交付申請書(別紙)からの転記)	0	領収書等の合計額						

**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。**

領収書等の合計額を入力した後に、本用紙を印刷していただき、対象期間(令和2年12月15日から令和3年3月31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

領収書

A病院様

金額 ¥〇〇〇,〇〇〇 (税込)

株式会社×××××

内訳

〇〇リース代      2021年1月～2021年12月分

株式会社

領収書の内、一部のみが対象の場合は、該当箇所が判るように印をつけるなどしてください

- ・一部補助対象期間以外の費用も含んでいる場合

領収書

A病院様

金額 ¥--,--,--- (税込)

株式会社

〇〇リース代      2021年1月～2021年12月分

株式会社

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。

月数で按分し、2021年1月から2021年3月分の費用 ¥×××××を交付申請する

- ・領収書が発行されない場合

納品書

A病院様

金額 ¥〇〇,〇〇〇 (税込)

株式会社×××××

内訳

A病院様

請求書

金額 ¥〇〇,〇〇〇 (税込)

株式会社×××××

領収書が発行されない場合は、請求書(写し)と納品書(写し)を合わせて貼付いただいたり、納品書(写し)と通帳の写しを添付する等、納品と支払が確認できる書類を添付してください。