

別紙1（入力用申請書）

【申請書等作成にあたっての注意点】

※必ず記載例を確認してください。

※「別紙」に必要事項を記載すれば、「第3、5号様式」及び「請求書」に自動転記されますので、まずは、「別紙」を記載してください

【掲載資料一覧】

申請時に使用するシート

- 第3、5号様式
- 別紙
- 請求書
- （支払いが完了している場合）領収書等貼付用紙

記載例

- 第3、5号様式（記載例）
- 別紙（記載例）
- 請求書（記載例）

次ページ以降が入力見本です。
様式の「別紙」に入力すれば、他の様式に全て自動転記されますので、まず「別紙」に入力してください。

○提出先

住所：〒119-0397 銀座郵便局留

宛先：厚生労働省 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
支援補助金担当 宛

入力例

別紙に必要事項を入力すれば、自動転記されますので、入力不要です。

第5号様式

令和3年6月30日

厚生労働大臣 殿

長崎県長崎市茂里町3-19
長崎歯科医院
院長 長崎太郎

別紙の「Ⅲ. 申請内容」の『上記「支出額」について、全ての支出が完了している』を「いいえ」を選択すると様式第3号「概算交付申請」に自動的に変換されます。

「令和3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（令和2年度からの繰越分）」の精算交付申請書

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申請する。

- 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
 - ・領収書等の証拠書類（領収書貼付用紙）

入力例

別紙に必要事項を入力すれば、自動転記されますので、入力不要です。

請 求 書

「令和3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」について、下記の通り請求します。

金

250,000

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	〇〇銀行	支店名	〇〇銀行
預貯金種別	1	口座番号	12345678
(フリガナ)	ナガサキシカイイン		
口座名	長崎歯科医院		
郵便番号	〒852-8104		
住所	長崎県長崎市茂里町3-19		
交付申請 交付請求	令和3年6月30日		

補助事業者名

長崎歯科医院

代表者名

長崎太郎 印

官 署 支 出 官

厚生労働省大臣官房会計課長 殿

入力例

別紙

黄色セル部分に記載をお願いいたします。※入力するとセルの色が白になります。

交付申請書(別紙) 令和3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 6 月 30 日	< 令和3年度用 >
-----	-----------------	------------

I. 基本情報 頭に「423」+医療機関コード(7桁)を記入

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)	4	2	3	0	1	3	4	8	2	9	施設名称	長崎歯科医院			
代表者職名	院長			代表者氏名	長崎太郎										
連絡先	担当部署 院長			担当者氏名	長崎太郎		連絡先電話番号	095-848-5311		連絡先メールアドレス	office@nda.or.jp				
所在地	郵便番号 8 5 2 - 8 1 0 4			都道府県	長崎県		市区町村以降 長崎市茂里町3-19								
施設類型(プルダウンから選択)	無床診療所(歯科)			許可病床数 病院・有床診療所のみ			施設類型及び許可病床数に間違いがない			はい					

「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」による補助を受けていない	はい	左記の補助金による補助を受けた医療機関等は、原則として本補助金の対象外となります。左記の補助金による補助を受けた医療機関で、左記補助金の申請日以降に新たに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、申請様式が異なりますのでご注意ください。
発熱患者等の診療又は検査可能な医療機関として都道府県の指定を受けた「診療・検査医療機関(仮称)」である。	はい	「はい」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等の写しを添付してください。

(2)他補助金の受給状況 ※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」	いいえ	必要に応じて、左記補助事業の申請書や実績報告書の内容を確認いたします。
「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」※の補助を受けている。		

「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」※の申請に用いた許可病床数と本事業の申請に用いる許可病床数は同じである。	当該事業※申請時の許可病床数	
---	----------------	--

a.「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」の補助基準額(上限額)※(円)	非該当
--	-----

「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「25万円+6万円×許可病床数」より低い場合、差額分が本事業の補助基準額(上限額)になります(※(3)②に表示されます)。 ※なお、「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」において、新型コロナウイルス感染症入院患者受入前当医療機関(重点医療機関、協力医療機関その他の都道府県が新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の入院受入れを割り当てた医療機関として補助基準額(上限額)に加算されている10,000千円については、本補助金の補助上限額から控除する金額に含みません。

(3)補助基準額(上限額) (※2)「他補助金の受給状況」により、下記①又は②のいずれかになります。 ①診療・検査医療機関及び医療機関・薬局等(「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」※の補助を受けていない医療機関等)	b.本事業の補助基準額(上限額)(円)	250,000
--	---------------------	---------

②「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医療機関	c.本事業の補助基準額(上限額)(円)(b-a) ただし、b-aが「0」以下の場合は、「0」	非該当
--	--	-----

II. 補助金の振込先

金融機関名	〇〇銀行			金融機関コード	1 2 3 4	支店名	〇〇支店			支店コード	4 5 6
預金種類 1:普通 2:当座 3:別段	1			口座番号(右詰め) ※8桁未満の場合、頭に「0」をつけて8桁にしてください			1 2 3 4 5 6 7 8				
(フリガナ)	ナガサキシカイイン										
取引口座名	長崎歯科医院										

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	令和 3 年 4 月 10 日	事業終了日	令和 3 年 6 月 30 日	
科目	内容 (各科目の内容を30文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) (支出(予定)のない科目は「0」と記入してください)	収入額(円) (収入(予定)のない場合は「0」と記入してください)	
支出	賞金・報酬	なし	0	
	謝金	なし	0	
	会議費	なし	0	
	旅費	なし	0	
	需用費	従業員マスク	150,000	
	役務費	なし	0	
	委託料	なし	0	
	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	200,000		
d.合計支出額(総事業費)		350,000		
収入	e.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	
f.合計支出(予定)額-収入(予定)額(円)(d-e) ただし、d-eが「0」以下の場合は、「0」			350,000	
補助申請額(円)(b又はcと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	「はい」の場合は、各科目経費について、領収書(写し)等の取集書類を添付してください。 「いいえ」の場合は、事業に実績報告が必要となりますので、実績報告等の取集書類は添付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補助金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。	はい	「はい」を選択すれば請求書が「第5号様式」に、「いいえ」を選択すれば請求書が「第3号様式」に自動的に変換されます。
上記「賞金・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	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、本事業の補助対象外です。
上記「支出額」に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	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、他の補助金の申請書、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	必要に応じて、他の補助金と重複する経費がないかを確認させていただきます。本事業の補助を受けるには、左記項目に同意いただく必要があります。

入力例

別紙に必要事項を入力すれば、自動転記されます。（領収書等の合計額のみ入力）

参考様式

領収書等貼付用紙 令和3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)	4	2	3	0	1	3	4	8	2	9	施設名称
補助申請額 (交付申請書(別紙)からの転記)	250,000										長崎歯科医院
領収書等の合計額	350,000										

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3年4月1日から令和3年9月30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

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。

・領収書が発行されない場合

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。