

新型コロナウイルス関係 7.28③

令和2年7月28日

会員各位

鎌倉市医師会会長 山口 泰
公衆衛生担当理事 今井 一登

新型コロナウイルス感染症緊急包括支援における 新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金交付事業及び 医療機関・薬局等における感染拡大等支援事業の医療機関等の 申請マニュアルについて

新型コロナウイルス関係の情報をお知らせいたします。
こちらは鎌倉市医師会HPにもアップロードしてありますので、ご確認ください。

日本医師会副会長

今 村 聡

新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業(医療分)における「新型コロナ
ウイルス感染症対応従事者慰労金交付事業」及び「医療機関・薬局等に
おける感染拡大防止等支援事業」の医療機関等の申請マニュアルについて

今般、厚生労働省より、下記ウェブサイトにて「新型コロナウイルス感染症対
応従事者慰労金交付事業」及び「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援
事業」の医療機関等の申請マニュアル及び申請書様式を公表した旨の情報提供が
ありました。

本マニュアルは全国の標準的なモデルとして作成されたとのことであり、都道
府県ごとにモデルを修正することもあるため、申請に先だて都道府県ウェブサ
イト等の確認が必要であることにご留意頂けますと幸いです。

初回申請の受付開始は、申請方法によって違いはありますが、早い方法では両
事業ともに7月20日頃からを予定しているとのことです。

また、感染拡大防止等支援事業については、費用が全て支出済みである場合の
申請先と、今年度末までの支出見込み費用も合わせて概算額で申請する場合とで
申請書の提出先が異なっていることや、申請は1回限りであり、最終受付締切は
令和3年2月末を予定していること等にご留意を頂けますと幸いです。

記

- ・「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金交付事業」について → 「申請の方法等」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000098580_00001.html
- ・「医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援」について → 「申請の方法等」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/kansenkakudaiboushi_shien.html

「新型コロナウイルス感染症対応従事 者慰労金交付事業」

医療機関等の申請マニュアル

～医療機関等用～

Ver 0.0 2020.07.15

本マニュアルは、都道府県と各都道府県の国民健康保険団体連
合会(以下「国保連」という。)の業務委託の標準的なモデルを前
提として作成しております。都道府県によっては、標準的なモデ
ルを修正して事務を行う可能性がありますので、実際の申請に際
しては各都道府県における手続をご確認下さい。

<目次>

- 1 本事業の対象について
 - 1.1 給付対象について
 - 1.2 対象となる医療従事者等の確認及び委任状の回収等
- 2 申請
 - 2.1 申請方法の確認
 - 2.2 申請書等の入手
 - 2.2.1 エクセルファイルの申請書等の入手
 - 2.2.2 紙媒体の申請書等の入手
 - 2.3 申請書等の入力・記載
 - 2.4 その他個別に留意する必要がある事例について
 - 2.4.1 複数医療機関等で勤務している医療従事者等への対応について
 - 2.4.2 地域外来・検査センターで勤務した医療従事者等への対応について
 - 2.4.3 宿泊療養施設で勤務した医療従事者等や自宅療養フォローアップ業務に従事した医療従事者等への対応について
 - 2.4.4 自医療機関等を退職した医療従事者等への対応について
 - 2.4.5 個別申請について
 - 2.5 提出用ファイルの出力
 - 2.6 申請書等の提出（エクセルファイル）
 - 2.6.1 「オンライン請求システム」による申請書等の提出（エクセルファイル）
 - 2.6.2 「Web 申請受付システム」による申請書等の提出（エクセルファイル）
 - 2.6.2.1 利用者登録
 - 2.6.2.2 申請書等のファイル提出（エクセルファイル）
 - 2.6.3 電子媒体（CD-R 等）による申請書等の提出（エクセルファイル）
 - 2.7 紙媒体での申請書等の記載・提出方法
 - 2.7.1 申請書等の記載（紙媒体）
 - 2.7.2 申請書等の提出（紙媒体）
- 3 慰労金等の給付決定
- 4 医療機関等への慰労金等の振込み
- 5 医療従事者等への慰労金の給付の実施
- 6 実績報告書の提出
- 7 問い合わせ先

1. 本事業の対象について

1.1 給付対象について

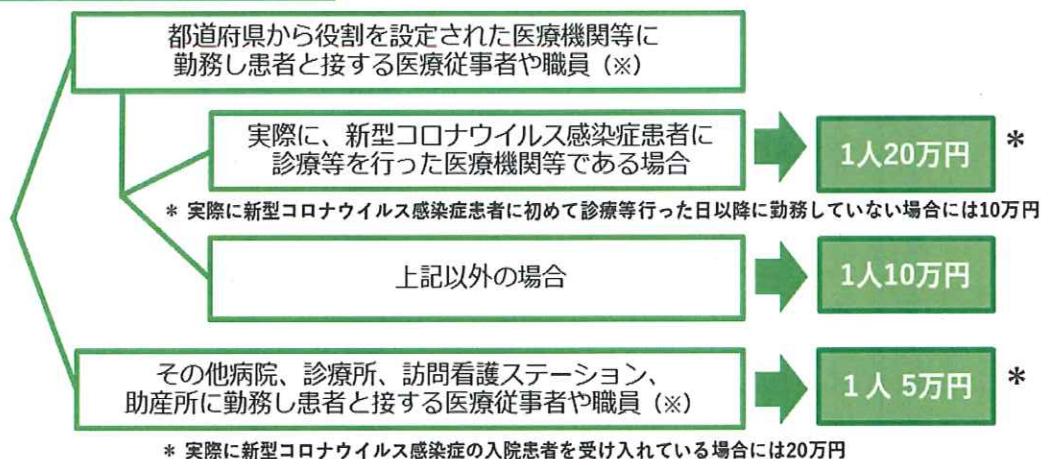
新型コロナウイルス感染症に対する医療提供に関し、都道府県等から役割を設定された医療機関等に勤務し、患者と接する医療従事者等に対し慰労金を給付するものです。

給付額は以下の図のとおりとなります。対象者および給付額の考え方を医療機関等で変えることはできません。

(詳細は、パンフレットやQ&A等をご参照ください(以下の厚生労働省ホームページに掲載されています。))

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000098580_00001.html

給付対象・給付金額



※ 対象期間(当該都道府県における新型コロナウイルス感染症患者1例目発生日又は受入日(新型コロナウイルスに関連したチャーター便及びクルーズ船「ダイヤモンドプリンセス号」から患者を受け入れた日を含む。)のいずれか早い日(岩手県は、緊急事態宣言の対象地域とされた4/16)から6/30までの間)に10日以上勤務した者が対象となります。

※ 一日当たりの勤務時間は問いませんが、年次有給休暇や育休等、実質勤務していない場合は、勤務日として算入しません。

※ 複数の事業所で勤務した場合は合算して計算します。

対象となる施設類型等は、以下のとおりです。

【都道府県等から役割を設定された医療機関等】

- ① 重点医療機関
- ② 感染症指定医療機関
- ③ その他の都道府県が新型コロナウイルス感染症患者の入院受入れを割り当てた医療機関(「新型コロナウイルス感染症患者等の入院病床の確保について(依頼)」(令和2年2月9日厚生労働省健康局結核感染症課事務連絡)等)に基づく、新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関)
- ④ 帰国者・接触者外来を設置する医療機関(「新型コロナウイルス感染症に対応した

医療体制について」(令和2年2月1日厚生労働省医政局地域医療計画課・健康局結核感染症課連名事務連絡)

⑤ 地域外来・検査センター(「行政検査を行う機関である地域外来・検査センターの都道府県医師会・郡市区医師会等への運営委託等について」(令和2年4月15日厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡))

⑥ 新型コロナウイルス感染症に対する医療提供に関し、都道府県、政令市及び特別区から役割を設定された宿泊療養・自宅療養を行う場合の新型コロナウイルス感染症患者(軽症患者等を含む。)に対するフォローアップ業務

【その他】

⑦ 上記以外の病院・診療所

⑧ 訪問看護ステーション

⑨ 助産所

※ 勤務する医療機関(病院及び診療所)は保険医療機関に、訪問看護ステーションは指定訪問看護事業者に限る。

※ 病院・診療所については、保険医療機関であることが必要です。また、院外薬局及び柔道整復師等の施術所は給付対象外です。

※ 役割の設定は、都道府県の他、保健所設置市や特別区が行っている場合もあります。

また、都道府県等から役割を設定された医療機関等(20万円及び10万円の区分)に該当するか否かについては、一般的な照会であれば厚生労働省のコールセンターに、個別の自医療機関等が該当するかどうかについては、各都道府県にお問い合わせください。

1.2 対象となる医療従事者等の確認及び委任状の回収等

医療従事者等の慰労金については、原則として、医療機関等が、医療従事者等から委任を受けて代理申請・受領を行い、医療機関等から医療従事者等に給付いただくこととしています。医療機関等においては、申請書等の記入に先立ち、以下の事項の確認等を行うようお願いします。なお、詳細については下記の通知等で示されておりますので、参考としてください。

※ いずれも、以下の厚生労働省ホームページから入手することができます。また、今後、新たな情報が発出されることがあります。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000098580_00001.html

・ 「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業(医療分)の実施について」(令和2年6月16日医政発0616第1号・健発0616第5号・薬生発0616第2号厚生労働省医政局長・健康局長・医薬・生活衛生局長連名通知)

- ・ 「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（医療分）の実施にあたっての取扱いについて」（令和2年6月16日付け厚生労働省医政局医療経理室・健康局結核感染症課・医薬・生活衛生局総務課連名事務連絡）
- ・ 「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（医療分）のうち新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金交付事業の実施について」（令和2年6月16日付け厚生労働省医政局医療経理室・医政局医事課連名事務連絡）
- ・ 「新型コロナウイルス感染症対応緊急包括支援事業に関するQ&A（第4版）について」（令和2年7月3日付け厚生労働省医政局医療経理室・健康局結核感染症課連名事務連絡）

① 対象となる医療従事者等の確認及び委任状の回収

慰労金は、「患者と接する」医療従事者等で、「対象期間に10日以上勤務実績」がある者が給付の対象となります。それぞれの医療従事者等が給付対象となるか否かについて、厚生労働省から発出しているQ&A等を参考にして、後述の「様式第2号」を活用し、対象者を整理いただくようお願いします。

〔患者と接する〕

※ 医療機関等における業務の実情によるものであって、資格や職種による限定はなく、事務職なども対象となります。

※ 例えば、病棟や外来などの診療部門で患者の診療に従事したり、受付、会計等窓口対応を行う職員は通常該当します。また、診療には直接携わらないものの、医療機関内の様々な部門で患者に何らかの応対を行う職員等は医療機関における勤務実態等に応じて該当するものと考えられます。一方、対象期間中はテレワークのみによる勤務であったり、医療を提供する施設とは区分された当該法人の本部等での勤務のみであったなどの場合は該当しないと考えられます。

なお、ここでいう「患者」は、新型コロナウイルス感染症患者に限らず、他の疾病による患者も含まれます。

〔対象期間に10日以上勤務実績〕

※ 対象期間（当該都道府県における新型コロナウイルス感染症患者1例目発生日又は受入日（新型コロナウイルスに関連したチャーター便及びクルーズ船「ダイヤモンドプリンセス号」から患者を受け入れた日を含む。）のいずれか早い日（岩手県は、緊急事態宣言の対象地域とされた4月16日）から6月30日までの間）に10日以上勤務した者が対象となります。

※ 一日当たりの勤務時間は問いませんが、年次有給休暇や育休等、実質勤務していない場合は、勤務日として算入しません。当直勤務などで日をまたぐ場合は2日と数えてください。

※ 複数の事業所で勤務した場合は合算して計算します。

※ 「患者と接する」に該当するが、自医療機関等の勤務日数が10日未満の医療従事者等については、当該医療従事者等に対し、後述の「参考様式3」を利用するなどして、他医療機関等における勤務日数証明を取得するよう促してください。

対象となる医療従事者等を整理いただいた医療機関等は、対象となる医療従事者等から、慰労金の代理申請・受領の委任状を集めてください。(詳細は、後述の様式第3号の1、様式第3号の2、様式第4号の1、様式第4号の2を参照してください。)

② 対象となる委託会社・派遣会社の医療従事者等の確認及び委任状の回収

慰労金は、医療機関等で仕事をする委託会社・派遣会社(以下「委託会社等」という。)の医療従事者等も、医療機関等における業務の実情に応じて給付の対象となります。給付対象となるか否かの整理については、自医療機関等の医療従事者等と同様に行っていただく必要がありますが、委託会社等の現場責任者を通じるなどして、委託会社等と調整して、対象者を整理いただくようお願いします。

また、対象となる委託会社等の医療従事者等がいる場合は、以下の点について、委託会社等と調整を行っていただくよう、お願いします。

- ・ 医療機関等は、委託会社等に対し、後述の様式第5号別紙により、対象となる医療従事者等の氏名や勤務日数等の情報を提出するよう依頼してください。また、委託会社等の医療従事者等に係る慰労金の代理申請・受領の委任状(様式第3号の1、様式第3号の2、様式第4号の1、様式第4号の2)の回収を依頼してください。
- ・ 委託会社等の医療従事者等の分も、慰労金は医療機関等に振り込まれますが、委託会社等の医療従事者等に実際に給付を実施するのは、医療機関等とするか委託会社等とするか、委託会社等と調整してください。
- ・ 委託会社等から同社の医療従事者等に慰労金の給付を行う場合は、医療機関等が委託会社等に慰労金を振り込むための口座情報を、委託会社等に確認してください。
- ・ 医療機関等から委託会社等の医療従事者等に慰労金の給付を行う場合は、委託会社等の医療従事者等の振込先の口座情報の受け渡し方法を、委託会社等と調整してください。

③ 自医療機関等の新型コロナウイルス感染症患者に対する役割の有無

慰労金は、医療機関等が①新型コロナウイルス感染症に対する医療提供に関し、都道府県等から役割を設定されていたか否か、②実際に新型コロナウイルス感染症患者に診療等を行ったか否かによって、給付金額が異なります。医療機関等においては、①新型コロナウイルス感染症に対する医療提供に関し、都道府県等から役割を設定されていたか否か、②実際に新型コロナウイルス感染症患者に診療等を行ったか否か(行

った場合は、新型コロナウイルス感染症患者の受入日はいつか)を確認するよう、お願いいたします。

2. 申請

慰労金事業は、都道府県の事業として実施されますが、①医療機関等からの申請受付並びに②医療機関等への慰労金及び医療従事者等に振込みを行う場合の振込手数料(以下「慰労金等」という。)の振込みについては、国保連に委託して実施することを標準的なモデルとしています。申請内容の審査は都道府県が実施するため、後述する申請様式は、国保連に一旦全て提出されますが、国保連では提出の確認及び都道府県の審査後に支払いを行うために必要な情報を抽出した後、全てのファイルが都道府県に提出されることになります。

なお、初回申請は7月20日～7月31日、8月以降は毎月15日～末日までとなります(国保連の「オンライン請求システム」(毎月の診療報酬請求事務に使用しているシステム)を使用していない医療機関等を主に対象として、「WEB申請受付システム」を国保連で現在準備しており、このシステムを利用する場合の初回申請は7月25日～7月31日を予定しています)。

※ 申請の最終的な締切は都道府県衛生担当部局(医療従事者等の慰労金担当)にご確認ください。

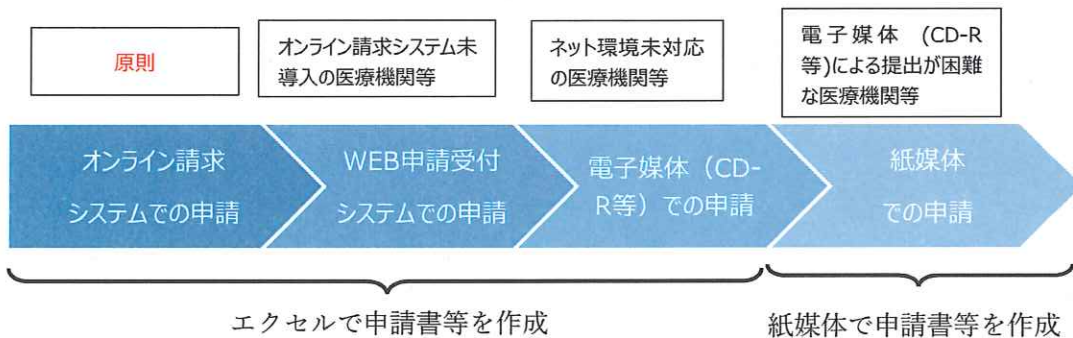
2.1 申請方法の確認

「オンライン請求システム」やインターネット環境への対応状況によって、申請方法が異なりますので、まずは自医療機関等の申請方法をご確認ください。

原則として、各都道府県の国保連の①「オンライン請求システム」(医療機関等が毎月の診療報酬請求事務で使用しているシステム)により申請してください。

「オンライン請求システム」未導入の医療機関等は、本事業専用の②「WEB申請受付システム」により申請してください。

なお、インターネット環境に対応していない医療機関等は、③「電子媒体(CD-R等)」により国保連に郵送することも可能です(電子媒体による提出も困難な場合は、④「紙媒体」を国保連に郵送)。



※1 医療機関等コードを入力すると、③施設名称及び⑦所在地が自動で入力されます。
 (令和2年6月1日時点の所管する厚生局に届出されている情報)

【① 申請日】

記入を完了して、申請書等を提出する日を入力してください。ここで入力された日付が、様式第6号の「申請書」の申請日に自動転記されますので、ご注意ください。

【② 医療機関等コード】

都道府県番号2桁、点数表番号1桁、郡市区番号2桁、医療機関等番号4桁、検証番号1桁の算用数字を組み合わせた計10桁の医療機関等コードを入力してください。
 (助産所コードを有さない助産所は「999999999」を手入力してください。)

医療機関等 コード (10桁)	1	3	3	4	5	6	7	8	9	0
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

都道府県番号 点数表番号 郡市区番号 医療機関等番号 検証番号

(参考) 別紙 都道府県番号一覧及び点数表番号一覧

【③ 施設名称】

② 医療機関等コードを入力すると、厚生局に令和2年6月1日時点で届出されている施設名称が自動で入力されます(助産所コードを有さない助産所を除く)ので、自動で表示された施設名称に間違いがないか確認してください。

なお、助産所や令和2年5月以前に廃止された医療機関等、令和2年6月1日以降に新設された医療機関等、医療機関等コードが更新された医療機関等は、正しい施設名称が自動表示されませんので、手入力してください。

施設名称	医療法人社団〇〇〇 △△△病院
------	-----------------

【④ 管理者職名】・【⑤ 管理者氏名】

管理者の職名及び氏名を入力してください。ここで入力された管理者の情報が様式第6号の「申請書」に申請者として自動転記されますので、ご注意ください。

管理者職名	病院長	管理者氏名	〇〇〇〇
-------	-----	-------	------

【⑥ 連絡先】

申請内容に疑義や不備等があった場合に、確認させていただく際の連絡先をご入力ください。

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	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇〇〇@〇〇.〇〇

【⑦ 所在地】

② 医療機関等コードを入力すると、厚生局に令和2年6月1日時点で届出されている所在地が自動で入力されます（助産所コードを有さない助産所を除く）ので、自動で表示された所在地に間違いがないか確認してください。

なお、助産所や令和2年5月以前に廃止された医療機関等、令和2年6月1日以降に新設された医療機関等、医療機関等コードが更新された医療機関等は、正しい所在地が自動入力されませんので、手入力してください。

所在地	郵便番号				都道府県名	市区町村以降
				-		〇〇県

【⑧ 国等制度上の問題の把握】

国又は地方自治体が設置する医療機関等については、速やかな補正予算措置ができず、慰労金を迅速に医療従事者等に給付できない場合があります。国又は地方自治体が設置する医療機関等であっても、補正予算による対応等により医療機関等で慰労金を受け入れて医療従事者等に支出することができる場合には、「いいえ」を選択してください。国又は地方自治体が設置する医療機関等であって、補正予算措置ができず医療機関等で慰労金を受け入れて医療従事者等に支出することができない場合には、「はい」を選択してください。

なお、独立行政法人（例えば、国立病院機構等）の医療機関等は、「いいえ」を選択してください。

※ ご不明な場合は、自医療機関等の会計担当者等にご確認ください。

「はい」を選択した国又は地方自治体が設置する医療機関等は、対象となる医療従事者等から慰労金の代理申請の委任状を集めた上で、国保連に申請書等を提出しますが、医療従事者等への慰労金の給付は、都道府県から行うこととなります。

国又は自治体が設置する医療機関等において制度上の問題により、医療従事者への迅速な振込ができない医療機関である	いいえ	自治体において補正予算の対応が速やかに行うことができる場合には通常通り、貴医療機関において受領することができます。
--	-----	---

【⑨ 患者受入に関する確認】

当該都道府県における始期	2020/4/1	
施設類型		<p>【施設類型】</p> <p>1 新型コロナウイルス感染症患者の入院受入を割り当てた医療機関 2 帰国者・接触者外来を設置する医療機関 3 地域外来・検査センター 4 宿泊療養受入施設での対応 5 自宅療養を行う場合の新型コロナウイルス感染症患者に対するフォローアップ業務 6 1～5以外の病院及び診療所</p> <p>7 訪問看護ステーション 8 助産所</p>
都道府県から役割指定を受けた日		(形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り
新型コロナウイルス感染症患者を最初に受け入れた日		<p>(形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り</p> <p>※「最初に受け入れた日」は、新型コロナウイルス感染症患者に対して入院診療を行った日(帰国者・接触者外来を設定する医療機関においては、疑い例を含め診療を行った日)となります。</p>
対象期間起点日	2020/4/1	

「当該都道府県における始期」は、② 医療機関等コードを入力すると、所在地の都道府県が自動入力されることにより（又は所在地の都道府県を手入力することにより）、自動挿入されます。

「施設類型」は、以下のいずれかから、該当する施設類型の番号を選択してください。

1. 新型コロナウイルス感染症患者の入院受入を割り当てた医療機関
2. 帰国者・接触者外来を設置する医療機関
3. 地域外来・検査センター
4. 宿泊療養受入施設での対応
5. 自宅療養を行う場合の新型コロナウイルス感染症患者に対するフォローアップ業務
6. 1～5以外の病院及び診療所
7. 訪問看護ステーション
8. 助産所

上記で「2. 帰国者・接触者外来を設置する医療機関」「3. 地域外来・検査センター」「4. 宿泊療養受入施設での対応」「5. 自宅療養を行う場合の新型コロナウイルス感染症患者に対するフォローアップ業務」のいずれかを選択した場合、「役割指定を受けた日」を入力してください。

「新型コロナウイルス感染症患者を最初に受け入れた日」は、新型コロナウイルス感染症患者に対して入院診療を行った日（帰国者・接触者外来を設定する医療機関及び地域外来・検査センターにおいては、疑い例を含め診療等を行った日）となります。また、都道府県等から役割を設定されていない医療機関等で、院内感染等が発生するなどし、新型コロナウイルス感染症患者の入院受入した場合は、新型コロナウイルス感染症患者に対して入院診療を行った日となります。

「対象期間起点日」は、自動挿入されます。

【⑩ 口座情報に関する確認】

本事業では、国保連のシステムを活用した慰労金の振込みを予定しておりますので、診療報酬の振込用に国保連に登録されている口座の状況について、ご入力ください。

なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみに用い、その他の目的で使用されることはありません。

● 国保連に登録されている口座の債権譲渡の有無（以下の(1)又は(2)を選択）

(1) 国保連に登録されている口座が債権譲渡されていない場合は、「はい」を選択してください。「はい」を選択すると、以下の2つの同意欄が表示されます。どちらか一方でも同意されない場合は、国保連のシステムを活用した慰労金の振込みができなくなります。

ア 「債権譲渡の有無に関する確認結果が都道府県に共有されることへの同意欄」

- ・ 給付対象ではない債権譲渡先に慰労金が渡ることを避けるため、国保連が保有している情報を用いて債権譲渡の有無に関して確認を行います。慰労金給付過程において、その確認結果を都道府県に共有されることについて同意される場合は、「はい」を選択してください。

イ 「国保連に登録されている口座情報を本事業の振込みに使用することへの同意欄」

- ・ 診療報酬の振込用に国保連に登録されている口座情報を、本事業の振込みに使用することについて同意される場合は、「はい」を選択してください。

国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない（助産所コードを有さない助産所は、「いいえ」を選択してください）	はい	「はい」を選択すると、2つの同意欄が表示されます。
国保連合会による当該口座の債権譲渡の有無に関する確認結果が都道府県に共有されることに同意する	はい	
国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込に使用することに同意する	はい	

(2) 国保連に登録されている口座が債権譲渡されている場合は、「いいえ」を選択してください。「いいえ」を選択すると、口座情報を入力する欄が表示されます。国保連に登録されている口座が債権譲渡されている場合は、国保連のシステムでの振込みができないため、債権譲渡されていない口座の情報をご入力ください。なお、その場合、慰労金の振込みは都道府県から行われることとなります。

国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない	いいえ	「いいえ」を選択すると、口座情報記入欄が表示されます	
金融機関名	金融機関コード		支店名
預金種類 (フリガナ)	口座番号 (左詰め)		
取引口座名	「債権譲渡されていない口座の情報を記載してください」		

【⑪ 申請対象者の人数】 / 【⑫ 慰労金申請額】 / 【⑬ 振込手数料】 / 【⑭ 合計申請額】

「申請対象者の人数」は、様式第2号、様式第5号より自動挿入されます。

「慰労金申請額」は、様式第2号、様式第5号より自動挿入されます。

「振込手数料」は、見込まれる額を記入してください。

「合計申請額」は、⑫+⑬の合計額が自動挿入されます。

科目	人数	申請額 (円)
慰労金	3	400,000
振込手数料		3,000
合計申請額 (円)		403,000

【様式第2号】 給付対象内訳 新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金

(1) 概要

様式第2号は、自医療機関等の医療従事者等及び退職者等で、慰労金の代理申請を行う方の氏名等を記載いただくものです。

様式第1号で「国又は地方自治体が設置する医療機関等において制度上の問題により医療従事者等への迅速な振込みができない医療機関等である」に「はい」を選択した場合は、様式第2号に、⑩医療従事者等個人の口座情報を入力する欄が展開されます。該当する医療機関等の医療従事者等には、都道府県から慰労金の給付が行われます。

(2) 項目ごとの説明

医療機関等コード		氏名 (漢字)	カナ氏名	生年月日	性別	所属医療機関等	【A】 拠点市から1000m以内の範囲における別居住所	【B】 【A】のうち、コロナ対応患者の診療に当たった日数	【C】 別の施設等との勤務日数(勤務先別)	【D】 半直営の場合、その施設等名称	支給申請金額 (支給額)	支払方法	金融機関名	支店コード	支店番号	口座番号	口座名称	
1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
8	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
11	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
13	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
14	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
15	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

①医療機関等コード

様式第1号から自動挿入されます。

②給付対象者の氏名・カナ氏名・生年月日・性別

人事給与システム等から医療従事者等の氏名・カナ氏名・生年月日・性別等を入力ください

い。人事給与システムから抽出された CSV ファイル等から、貼り付けることができると簡便です。

③所属医療機関等

様式第 1 号から自動挿入されます。(自動挿入されない場合は手入力)

④対象期間起点日から令和 2 年 6 月 30 日までの勤務日数

医療従事者等個人ごとに、様式第 1 号で入力された「対象期間起点日」と 6 月 30 日までの間に何日間勤務されていたかを確認いただき、該当日数を入力してください。他の医療機関等での勤務がある場合は、合算して入力してください。

※ 勤務日数欄は整数のみ入力可能です。勤務日数は常勤換算ではありません。暦日でカウントいただくようお願いします(1 日 1 時間勤務の方も 1 日 8 時間勤務の方も、同じ「1 日」となります)。

⑤④のうち新型コロナウイルス感染者患者受入日から令和 2 年 6 月 30 日までの勤務日数

医療従事者等個人ごとに、様式第 1 号で入力された「新型コロナウイルス感染症患者を最初に受け入れた日」と 6 月 30 日までの間に何日間勤務されていたかを確認いただき、該当日数を入力してください。

※ 勤務日数欄は整数のみ入力可能です。勤務日数は常勤換算ではありません。暦日でカウントいただくようお願いします(1 日 1 時間勤務の方も 1 日 8 時間勤務の方も、同じ「1 日」となります)。

※ 「新型コロナウイルス感染症患者を最初に受け入れた日」は、都道府県等から役割を設定されていない医療機関等で、院内感染等が発生するなどし、新型コロナウイルス感染症患者の入院受入した場合は、新型コロナウイルス感染症患者に対して入院診療を行った日となります。

⑥他の医療機関等で勤務した日数がある場合は、プルダウンから「有」を選択

⑦他の医療機関等で勤務した日数がある場合、④で勤務日数を通算した医療機関等名称(複数ある場合は、勤務日数が 10 日以上となるために合算した医療機関等名称)を入力してください。

⑧支給申請金額(自動算出されます)

※ 勤務日数等により、慰労金の支給申請金額がゼロ円となる方が入力された場合は、エラー表示が出ます。

⑨給付対象者から委任状を集めた場合は、プルダウンから「済」を選択

※ 対象者全員分の委任状について「済」となっていない場合は、警告が出ます。

⑩給付対象者の口座情報を入力

様式第1号で「国又は地方自治体が設置する医療機関等において制度上の問題により医療従事者等への迅速な振込みができない医療機関等である」に「はい」を選択した医療機関等は、都道府県から慰労金の振込みを行うための医療従事者等個人の口座情報を入力してください。

【様式第3号の1・様式第3号の2】慰労金の代理申請・受領の委任状

(1) 概要

慰労金については、原則として、医療機関等が、医療従事者等から委任を受けて、代理申請・受領を行い、医療機関等から医療従事者等に給付いただくこととしています。様式第3号の1・様式第3号の2は、医療従事者等が医療機関等の管理者に対して慰労金の代理申請・受領の委任を行うための委任状の様式です。

委任状には、代理申請・受領を医療機関等の管理者に委任する前提として、①個人申請及び他の医療機関や介護・障害施設からの慰労金の申請を行わないこと、②申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から慰労金の給付を受けた場合は、不当利得として速やかに都道府県に慰労金を返還することを記載しています。

様式第3号の1・様式第3号の2は、様式第2号に給付対象者の氏名等を入力すると、対象者の委任状をまとめて印刷することが可能となるよう設定しています。様式第3号の1は職場単位でまとめて委任状を集める場合、様式第3号の2は個人単位で委任状を集める場合をそれぞれ想定しています。どちらか一方の様式により、医療従事者等から委任状を集める必要がありますので、自医療機関等の実情に応じてどちらかの様式を選択（併用可能）いただき、医療従事者等に対して、委任状の内容確認を行った上で署名等を行うよう依頼してください。

委任状を集めた医療従事者等については、様式第2号の「委任状徴収済」欄についてプルダウンから「済」を選択してください。

(注) 委任状の提出がない医療従事者等については、慰労金の代理申請・受領を行うことはできません。

医療従事者等から提出された委任状については、医療機関等で保管してください。審査や精算事務を行う過程で必要に応じて都道府県から提出を求めることがありますので、代理申請・受領を行う医療従事者等全員分の委任状を集めるよう、お願いします。

(2) 項目ごとの説明

【様式第3号の1】

- ① 宛先 ※3
 - ② 代理申請・受領者※3
 - ③ 委任状本文※3
 - ④ 対象者氏名※4
 - ⑤ 押印
 - ⑥ 住所(対象者による自署)
 - ⑦ 申請及び受領を委任する金額※4
- ※3：様式1より自動挿入されます
 ※4：様式2より自動挿入されます

様式第3号の1

① 都道府県 知事殿

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(医療分)における
 新型コロナウイルス感染症対応従事者奨励金 代理申請・受領委任状

下記の者は、

① 今回の新型コロナウイルス感染症対応従事者奨励金の申請以外に、個人申請並びに他の医療機関や介護・障害施設から奨励金の給付申請を行わないこと及び、

② 申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から奨励金の給付を受けた場合は、不当利得として速やかに都道府県知事に奨励金を返還することを確認・契約し、

医療法人〇〇 △△病院 厚労太郎 ② 代理申請・受領者と定め、
 新型コロナウイルス感染症対応従事者奨励金の申請及び⑦に関する権限を委任します。

(注意事項)

この委任状は、都道府県への提出は不要です。ただし、奨励金の代理申請及び受領を証するものとして、都道府県からの求めがあった場合に速やかに提出できるよう、医療機関等において、適切に保管しなければなりません。

記

管理番号	④ 氏名(漢字)	⑤	⑥ 生年月日	⑥ 住所(自署)	⑦ 申請及び受領する金額
1	〇〇 〇〇	印	〇年〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇
2	〇〇 〇〇	印	〇年〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇
3	〇〇 〇〇	印	〇年〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇

【様式第3号の2】

- ① 宛先※3
 - ② 所属※3
 - ③ 氏名(対象者による自署)
 - ④ 住所(対象者による自署)
 - ⑤ 生年月日※4
 - ⑥ 代理申請・受領者※3
- ※3：様式1より自動挿入されます
 ※4：様式2より自動挿入されます

様式第3号の2

① 都道府県 知事殿

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(医療分)における
 新型コロナウイルス感染症対応従事者奨励金 代理申請・受領委任状

② 所属： 医療法人〇〇 △△病院

③ 氏名：(自署)

④ 住所：(自署)

⑤ 生年月日：

私は、下記の事項を確認・契約し、⑥ 医療法人〇〇 △△病院 厚労太郎 を代理申請・受領者と定め、新型コロナウイルス感染症対応従事者奨励金の申請及び受領に関する権限を委任します。

記

1. 今回の新型コロナウイルス感染症対応従事者奨励金の申請以外に、個人申請並びに他の医療機関や介護・障害施設から奨励金の給付申請を行わないこと。

2. 申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から奨励金の給付を受けた場合は、不当利得として都道府県知事に奨励金を返還すること。

(注意事項)

この委任状は、都道府県への提出は不要です。ただし、奨励金の代理申請及び受領を証するものとして、都道府県からの求めがあった場合に速やかに提出できるよう、医療機関等において、適切に保管しなければなりません。

【様式第4号の1・様式第4号の2】国立等医療機関等用の慰労金の代理申請の委任状

(1) 概要

様式第1号で「国又は地方自治体が設置する医療機関等において制度上の問題により医療従事者等への迅速な振込みができない医療機関等である」に「はい」を選択した医療機関等は、対象となる医療従事者等から慰労金の代理申請の委任状を集めた上で、国保連に申請書等を提出しますが、医療従事者等への慰労金の給付は、都道府県から行うことになります。様式第4号の1・様式第4号の2は、当該医療機関等の医療従事者等が医療機関等の管理者に対して慰労金の代理申請の委任を行うための委任状の様式です。

※ 該当するのは、国又は地方自治体が設置する医療機関等であって、補正予算措置ができず医療機関等で慰労金を受け入れて医療従事者等に支出することができない医療機関等です。なお、独立行政法人（例えば、国立病院機構等）の医療機関等は、該当しません。

※ ご不明な場合は、自医療機関等の会計担当者等にご確認ください。

委任状には、代理申請を医療機関等の管理者に委任する前提として、①個人申請及び他の医療機関や介護・障害施設からの慰労金の申請を行わないこと、②申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から慰労金の給付を受けた場合は、不当利得として速やかに都道府県に慰労金を返還することを記載しています。

様式第4号の1・様式第4号の2は、様式第2号に給付対象者の氏名等を入力すると、対象者の委任状をまとめて印刷することが可能となるよう設定しています。様式第4号の1は職場単位でまとめて委任状を集める場合、様式第4号の2は個人単位で委任状を集める場合をそれぞれ想定しています。どちらか一方の様式により、医療従事者等から委任状を集める必要がありますので、自医療機関等の実情に応じてどちらかの様式を選択（併用可能）いただき、医療従事者等に対して、委任状の内容確認を行った上で署名等を行うよう依頼してください。

委任状を集めた医療従事者等については、様式第2号の「委任状徴収済」欄についてプルダウンから「済」を選択してください。

(注) 委任状の提出がない医療従事者等については、慰労金の代理申請を行うことはできません。

医療従事者等から提出された委任状については、医療機関等で保管してください。審査や精算事務を行う過程で必要に応じて都道府県から提出を求められることがありますので、代理申請を行う医療従事者等全員分の委任状を集めるよう、お願いします。

(2) 項目ごとの説明

【様式第4号の1】

- ① 宛先 ※5
 - ② 代理申請者 ※5
 - ③ 委任状本文 ※5
 - ④ 対象者氏名 ※6
 - ⑤ 押印
 - ⑥ 住所 (対象者による自署)
 - ⑦ 申請を委任する金額 ※6
- ※5：様式1より自動挿入されます
 ※6：様式2より自動挿入されます

(※代理受理不可の場合)
様式第4号の1

① 都道府県 知事殿

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
新型コロナウイルス感染症対応従事者型労金 代理申請委任状

下記の者は、

① 今回の新型コロナウイルス感染症対応従事者型労金の申請以外に、個人申請並びに他の医療機関や介護・障害施設から型労金の給付申請を行わないこと及び、

② 申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から型労金の給付を受けた場合は、不当利得として速やかに都道府県知事に型労金を返還することを確認・誓約し、

医療法人〇〇 △△病院 ② 厚労太郎 を代理申請者と定め、新型コロナウイルス感染症対応従事者型労金の申請に関する権限を委任します。

(注意事項)

この委任状は、都道府県への提出は不要です。ただし、型労金の代理申請を証するものとして、都道府県からの求めがあった場合に速やかに提出できるよう、医療機関等において、適切に保管しなければなりません。

記

④ 署名もしくは ⑤ 捺印

管理番号	氏名 (漢字)	生年月日	住所 (自署)	申請を委任する金額
1	〇〇 〇〇	甲 〇年〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇
2	〇〇 〇〇	甲 〇年〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇
3	〇〇 〇〇	甲 〇年〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇

【様式第4号の2】

- ① 宛先 ※5
 - ② 所属 ※5
 - ③ 氏名 (対象者による自署)
 - ④ 住所 (対象者による自署)
 - ⑤ 生年月日 ※6
 - ⑥ 代理申請者 ※5
- ※5：様式1より自動挿入されます
 ※6：様式2より自動挿入されます

(※代理受理不可の場合)
様式第4号の2

① 都道府県 知事殿

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
新型コロナウイルス感染症対応従事者型労金 代理申請委任状

② 所属： 医療法人〇〇 △△病院

③ 氏名：(自署)

④ 住所：(自署)

⑤ 生年月日： ⑥

私は、下記の事項を確認・承諾し、 医療法人〇〇 △△病院 厚労太郎 を代理申請者と定め、新型コロナウイルス感染症対応従事者型労金 〇〇〇〇 円の申請に関する権限を委任します。

記

1. 今回の新型コロナウイルス感染症対応従事者型労金の申請以外に、個人申請並びに他の医療機関や介護・障害施設から型労金の給付申請を行わないこと。

2. 申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から型労金の給付を受けた場合は、不当利得として 都道府県 知事に型労金を返還することを誓約します。

(注意事項)

この委任状は、都道府県への提出は不要です。ただし、型労金の代理申請を証するものとして、都道府県からの求めがあった場合に速やかに提出できるよう、医療機関等において、適切に保管しなければなりません。

【様式第 5 号及び別紙】 委託会社等から医療機関等への代理申請・受領依頼及び申請者一覧

(1) 概要

委託会社等の医療従事者等についても、自医療機関等の医療従事者等と同様の整理で、慰労金の給付対象となる場合があります。自医療機関等で勤務する委託会社等の医療従事者等についても、医療機関等が、当該医療従事者等から委任を受けて、代理申請・受領を行っていただくこととしています。様式第 5 号及び別紙は、医療機関等に対して委託会社等が医療従事者等の慰労金の代理申請・受領に関して依頼を行うための依頼状及び対象となる医療従事者等の名簿です。

医療機関等は、委託会社等と調整して、対象となる医療従事者等を整理いただき、委託会社等に対し、様式第 5 号及び別紙を提出するとともに、委託会社等の医療従事者等に係る慰労金の代理申請・受領の委任状（様式第 3 号の 1、様式第 3 号の 2、様式第 4 号の 1、様式第 4 号の 2）の回収を依頼するようお願いいたします。

委託会社等から提出された様式第 5 号別紙は、自医療機関等の医療従事者等の様式第 2 号（給付対象内訳）と同様に、国保連に提出することとなります。申請様式のエクセルファイルのシート「(様式 5 号 別紙) 委託業者職員等内訳」に、提出された全ての委託会社等の様式第 5 号別紙をコピー＆ペーストしてください。

※ 複数の委託会社等から様式第 5 号別紙が提出された場合でも、申請様式のエクセルファイルのシートの追加は行わず、シート「(様式 5 号 別紙) 委託業者職員等内訳」に全ての委託会社等の様式第 5 号別紙をコピー＆ペーストするようにしてください。

(2) 項目ごとの説明

【様式第 5 号】

- ① 申請日（自署）
 - ② 代理申請・受領者※ 7
 - ③ 会社及び代表者名（自署）
 - ④ 振込先口座情報（自署）
- ※ 7：様式 1 より自動挿入されます

The form is titled '様式第 5 号 (文書番号)' and includes a date field '令和 2 年 × 月 × 日'. It features a header section with a company name '株式会社○○○' and a representative name '○○○○ 様'. A central section contains the title '令和 2 年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金」の代理申請・受領委任について' and a request for cooperation. A '記' (Notes) section at the bottom provides instructions for bank transfers, including a list of bank codes and branch codes.

【様式第5号別紙】

様式第5号別紙は、自医療機関等の医療従事者等用の「様式第2号」と同様の要領で委託会社等において作成いただけてください。

様式第5号別紙										新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金（委託・派遣労働者分）											
委託・派遣業者－医療機関－国保連－都道府県										給付対象者内訳											
医療機関等コード										給付対象者情報											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
医療機関等コード										氏名	カナ氏名	生年月日	性別	法人名称	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	氏名	氏名	生年月日	性別	法人名称	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	氏名	氏名	生年月日	性別	法人名称	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	氏名	氏名	生年月日	性別	法人名称	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	氏名	氏名	生年月日	性別	法人名称	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	氏名	氏名	生年月日	性別	法人名称	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	氏名	氏名	生年月日	性別	法人名称	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	氏名	氏名	生年月日	性別	法人名称	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
8	1	2	3	4	5	6	7	8	9	氏名	氏名	生年月日	性別	法人名称	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	氏名	氏名	生年月日	性別	法人名称	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	氏名	氏名	生年月日	性別	法人名称	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
11	1	2	3	4	5	6	7	8	9	氏名	氏名	生年月日	性別	法人名称	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	氏名	氏名	生年月日	性別	法人名称	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
13	1	2	3	4	5	6	7	8	9	氏名	氏名	生年月日	性別	法人名称	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
14	1	2	3	4	5	6	7	8	9	氏名	氏名	生年月日	性別	法人名称	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
15	1	2	3	4	5	6	7	8	9	氏名	氏名	生年月日	性別	法人名称	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
16	1	2	3	4	5	6	7	8	9	氏名	氏名	生年月日	性別	法人名称	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
17	1	2	3	4	5	6	7	8	9	氏名	氏名	生年月日	性別	法人名称	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
18	1	2	3	4	5	6	7	8	9	氏名	氏名	生年月日	性別	法人名称	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

- ① 医療機関等コード※8
※8：様式1より自動挿入されます。
- ② 給付対象者の氏名・カナ氏名・生年月日・性別
(委託会社等で作成)
- ③ 法人名称等：雇用されている委託会社等の名称を記載
- ④ 対象期間起点日から令和2年6月30日までの勤務日数
- ⑤ ④のうち新型コロナウイルス感染者患者受入日から令和2年6月30日までの勤務日数
- ⑥ 他の医療機関等で勤務した日数がある場合は、プルダウンから「有り」を選択
- ⑦ 他の医療機関等で勤務した日数がある場合、その施設等名称を入力
- ⑧ 支給申請金額（自動算出されます）
- ⑨ 給付対象者から委任状を集めた場合は、プルダウンから「済」を選択
- ⑩ 給付対象者の口座情報を入力

様式第1号で「国又は地方自治体が設置する医療機関等において制度上の問題により医療従事者等への迅速な振込みができない医療機関等である」に「はい」を選択した医療機関等においては、都道府県から慰労金の振込みを行うための医療従事者等個人の口座情報を入力してください。

【様式第6号】医療機関等が都道府県に慰労金の給付申請を行う申請書様式

(1) 概要

様式第6号は、医療機関等が都道府県に慰労金の給付申請を行う際の申請書様式となります。押印省略としていますので、印刷・押印する必要はありません。

⑧ 慰労金給付決定額

⑨ 精算額 (⑧—⑦)

※10：様式1より自動入力されます。

【様式第8号】医療機関等が都道府県に慰労金給付に係る実績報告を行う報告書様式

(1) 概要

様式7で作成した実績報告書を都道府県に提出する際に公文書のひな型となります。

(2) 項目ごとの説明

① 宛先 ※11

② 報告者 ※11

③ 添付書類 ※11

※11：様式1より自動挿入されます

①

様式第8号
(文書番号)
令和2年×月×日

都道府県 知事殿

②

医療法人〇〇 △△病院
厚労 太郎
(押印省略)

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(医療分)における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金給付実績報告書

様式について、別紙により給付実績を報告いたします。

記

③ 添付書類

- ・実績報告書(様式第7号)
- ・慰労金を職員等に対して給付した際の証憑
- ・受した振込手数料にかかる証憑
- ・その他

以上

※ 以降の様式については、医療機関等の事務の参考とするために添付しているものです。
各医療機関等のご事情に応じてご活用ください。

【参考様式第1号】勤務期間証明依頼（医療機関等から医療機関等へ）

他の医療機関等での勤務期間がある医療従事者等について、勤務期間の証明を依頼する場合の参考様式ですので、必要に応じて活用ください。

参考様式第1号 (発翰番号)
令和2年×月××日
医療法人●● 院長殿
医療法人○○ △△病院 ○○○○ 印
令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における 「新型コロナウイルス感染症対応従事者奨励金」給付に係る勤務証明について（依頼）
下記の職員に係る標記について、別紙によりご証明くださるようお願いいたします。
記
証明対象職員：●●●●● 職名：○○○○○ 対象期間：●年●月●日～●年●月●日の間の勤務日数

【参考様式第2号】勤務期間証明回答（医療機関等から医療機関等へ）

参考様式第1号に対する回答を行う場合の参考様式ですので、必要に応じて活用ください。

参考様式第2号 (発翰番号)
令和2年×月××日
医療法人○○ △△病院 病院長 殿
医療法人●● 院長 ○○ ○○ 印
令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における 「新型コロナウイルス感染症対応従事者奨励金」給付に係る勤務証明について（回答）
令和○年○月○日付で貴職より依頼のありました標記について、下記の通り 回答いたします。
記
証明対象職員氏名：○○○○○ 所属部門・部署：○○○○○ 職種：○○○○○ 主な業務内容：○○○○○ 距点日から6月末までの勤務日数：○○○○○ 新型コロナウイルス感染症患者1例目受入以降6月末 までの勤務日数： 施設類型：

【参考様式第3号】勤務期間証明回答（医療機関等から個人へ）

医療従事者等個人から勤務期間の証明を求められた場合に回答するための参考様式です。

参考様式第3号 (発行番号) 令和2年×月××日
医療法人〇〇 △△病院 病院長 〇〇〇〇
令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における 「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金」給付に係る勤務証明
標記について、以下とおり相違のないことを証明いたします。
記 証明対象職員氏名：〇〇〇〇 所属部門・部署：〇〇〇〇 職種：〇〇〇〇 主な業務内容：〇〇〇〇 起算日から6月末までの勤務日数：〇〇〇〇 新型コロナウイルス感染症患者1例目受入以降6月末 までの勤務日数： 施設類型：

【申請概要】

「申請概要」は国保連が医療機関等から申請のあったデータを抽出するためのシートです。医療機関等での作業は不要です。

申請概要_新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金							
施設名称	医療機関コード	郵便番号	住所	電話番号	慰労金交付申請額 (円)	【経過記録取組】 慰労金交付決定額 (円)	医療機関情報に おける 国保連取組 不明理由
医療法人〇〇 △△病院	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	-	〇〇〇〇〇〇〇	〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇	無

いて起点日から6月30日までの間に勤務日数がある場合には当該日数を加算してください。

- ⑤ 「【B】 【A】のうち、コロナ感染患者受入からの勤務日数」欄に、地域外来・検査センターにおいて疑い例を含め診療等を行った日から6月30日までの間に勤務日数がある場合には当該日数を加算してください。

※ 地域外来・検査センターは都道府県や政令市等から団体等に医療従事者等の派遣依頼を行っている場合が多くありますので、該当する医療従事者等の申請にあたっては、重複申請となることのないよう、都道府県や政令市等の担当と連携を取っていただくようお願いいたします。

2.4.3 宿泊療養施設で勤務した医療従事者等や自宅療養フォローアップ業務に従事した医療従事者等への対応について

自医療機関等の医療従事者等で、宿泊療養施設で勤務した方や、自宅療養フォローアップ業務に従事した方は、宿泊療養施設での業務や自宅療養フォローアップ業務の勤務実績を踏まえて申請を行うことができます。その場合、当該医療従事者等については、宿泊療養や自宅療養フォローアップを実施する団体等又は都道府県・政令市等から勤務期間証明を取得いただくよう、当該医療従事者に促してください。当該勤務期間証明を踏まえて、医療機関等は申請を行うようお願いいたします。なお、勤務期間証明は、参考様式第1号及び第2号を活用して貴医療機関等から当該医療従事者等が勤務した宿泊療養や自宅療養フォローアップ業務を実施する団体等に依頼して入手しても構いません。

※ 宿泊療養施設で勤務した方や自宅療養フォローアップに従事した方については、他の要件を満たす場合、20万円又は10万円の給付対象となります。

様式第2号		【医療機関一國保連一都道府県】給付対象内訳 新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金										勤務期間証明		給付額		備考				
勤務日数	勤務日数	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

この場合の様式第2号の記載方法については、

- ⑥ 「【C】 他の施設等との勤務日数通算及び当該期間の勤務証明有無」欄に「有り」を選択、
- ⑦ 「【D】 【C】が有りの場合その施設等名称」欄に、施設等名称（複数の宿泊療養施設

や自宅療養フォローアップで勤務した場合は、いずれか1つ)を記載した上で、

- ④「【A】 起点日から6/30の期間における勤務日数」欄に、宿泊療養施設や自宅療養フォローアップ業務において起点日から6月30日までの間に勤務日数がある場合には当該日数を加算してください。
- ⑤「【B】 【A】のうち、コロナ感染患者受入からの勤務日数」欄に、宿泊療養施設や自宅療養フォローアップ業務において軽症者等入所・対応を行った日から6月30日までの間に勤務日数がある場合には当該日数を加算してください。

※ 宿泊療養施設や自宅療養フォローアップ業務は都道府県や政令市等から団体等に医療従事者等の派遣依頼を行っている場合が多くありますので、該当する医療従事者等の申請にあたっては、重複申請となることのないよう、都道府県や政令市等の担当と連携を取っていただくようお願いいたします。

2.4.4 自医療機関等を退職した医療従事者等への対応について

すでに自医療機関等を退職した医療従事者等の慰労金については、現在他の医療機関等で勤務している場合は、現在勤務する医療機関等から申請を行うこととなります。他方、現在医療機関等で勤務していない医療従事者等の慰労金については、対象期間中に勤務していた医療機関等が取りまとめて申請を行うことを原則としています。このため、対象期間中に勤務していたが、すでに退職した医療従事者等から慰労金の申請について問合せがありましたら、現在他の医療機関等で勤務していない場合、現在自医療機関等で勤務している医療従事者等と併せて申請いただくよう、お願いいたします。なお、自医療機関等からの申請が難しい場合は、2.4.5の個別申請をご案内ください。その際、個別申請の申請書に、対象期間中に勤務していた医療機関等が記入する「申請者の業務内容等の証明欄」がありますので、当該欄への記入にご協力いただきますようお願いいたします。

2.4.5 個別申請について

現在、医療機関等で勤務していない医療従事者等の慰労金については、対象期間中に勤務していた医療機関等が取りまとめて申請を行うことを原則としています。しかし、以前勤務していた医療機関等から申請ができない方については、個別申請の申請書を用いて、都道府県に個別申請を行うこととなります。

※ 個別申請を行う場合の申請書の提出窓口、提出方法等は、都道府県に確認してください。

個別申請にあたっては、慰労金の給付対象となるか、また、給付金額がいくらになるかを審査する必要があるため、個別申請の申請書に、対象期間中に勤務していた医療機関等が記入する「申請者の業務内容等の証明欄」を設けています。対象期間中に勤務していたが、すでに退職した医療従事者等から相談がありましたら、現在他の医療機関等で勤務していない場合、現在自医療機関等で勤務している医療従事者等と併せて申請いただくようお願い

2.6 申請書等の提出（エクセルファイル）

（詳細は、国保連から提供されるマニュアルをご確認ください。7月20日ごろまでに提供される予定です。）

申請書等について、国保連の受付開始は、以下の予定です。

- ・「オンライン請求システム」は、7月20日ごろから受付開始
- ・「WEB 申請受付システム」は、7月25日ごろから受付開始
- ※ 都道府県により異なる場合があります。

また、8月以降の申請書等の受付期間は、毎月15日から末日までとなります。

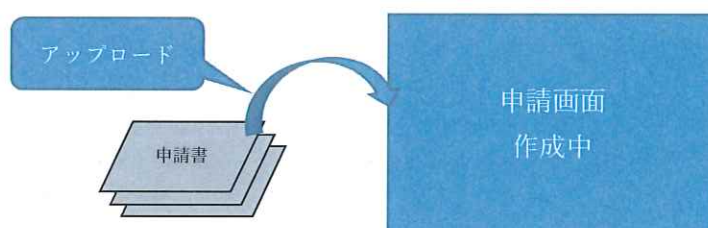
※ 申請の最終的な締切は都道府県衛生担当部局（医療従事者等の慰労金担当）にご確認ください。

なお、医療機関等への慰労金等の振込みは、最速で、国保連における申請書等の受付の翌月下旬となる予定です。

2.6.1 「オンライン請求システム」による申請書等の提出（エクセルファイル）

診療報酬請求事務で使っている「オンライン請求システム」に、診療報酬請求で使っているID・パスワードによりログインし、本事業の申請画面にアクセスしていただき、「2.5 提出用ファイルの出力」にて出力された提出用のファイルを取り込んでください。「2.5 提出用ファイルの出力」で出力された以外のファイル（一時保存状態のファイル）を提出することのないよう、ご注意ください。

なお、毎月1-14日は、受付できませんのでご注意ください。



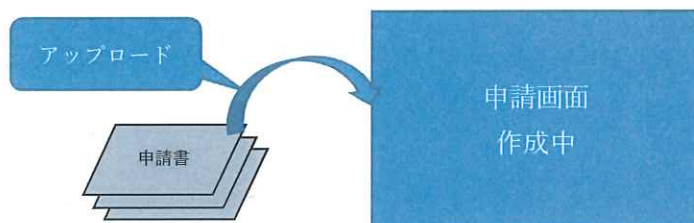
2.6.2 「WEB 申請受付システム」による申請書等の提出（エクセルファイル）

2.6.2.1 利用者登録

国保連ホームページよりリンクされる本事業専用の「WEB 申請受付システム」にアクセスし、メールアドレスを登録して、仮パスワードが送付された後、利用者登録を行ってください。

2.6.2.2 申請書等のファイル提出（エクセルファイル）

「WEB 申請受付システム」にアクセスし、「2.5 提出用ファイルの出力」にて出力された提出用のファイルを取り込んでください。「2.5 提出用ファイルの出力」で出力された以外のファイル（一時保存状態のファイル）を提出することのないよう、ご注意ください。

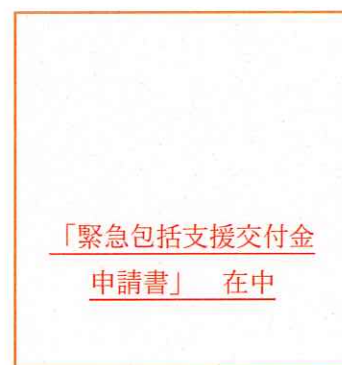


2.6.3 電子媒体（CD-R 等）による申請書等の提出（エクセルファイル）

インターネット環境がない場合、「2.5 提出用ファイルの出力」にて出力された提出用のファイルを、CD-R 等の電子媒体に格納し、各都道府県の国保連に郵送してください。申請書等の受付期間は、毎月 15 日から月末までの間（必着）となります（毎月 1-14 日は、受付できませんのでご注意ください。）。「2.5 提出用ファイルの出力」で出力された以外のファイル（一時保存状態のファイル）を提出することのないよう、ご注意ください。

電子媒体（CD-R 等）で国保連に郵送する際には、以下に注意してください。

- ・ 診療報酬請求のファイルとは、必ず別々の電子媒体（CD-R 等）で提出してください。
- ・ 電子媒体（CD-R 等）に、油性マジック等で「医療従事者慰労金交付事業」と記載した上で、「医療機関等コード」と「医療機関等名」を記載してください。
- ・ 送付用の封筒の表面に「緊急包括支援交付金申請書 在中」と朱書きするなどしてください。



2.7 紙媒体での申請書等の記載・提出方法

「オンライン請求システム」や「WEB 申請受付システム」、「電子媒体（CD-R 等）」による申請ができない医療機関等は、紙媒体の申請書等での申請となります。

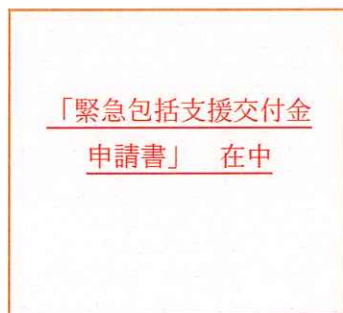
2.7.1 申請書等の記載（紙媒体）

紙媒体で申請をされる医療機関等は、「様式第1号」「様式第2号」「様式第5号別紙」「様式第6号」を記載する必要があります。「2.3 申請書等の入力・記載」により、「様式第1号」「様式第2号」「様式第5号別紙」「様式第6号」を記載ください。

2.7.2 申請書等の提出（紙媒体）

記載した「様式第1号」「様式第2号」「様式第5号別紙」「様式第6号」を同封して、各都道府県の国保連に郵送してください。申請受付期間は、毎月15日から月末までの間（必着）となります。

送付用の封筒の表面に「緊急包括支援交付金申請書 在中」と朱書きするなどしてください。



3 慰労金等の給付決定

国保連に提出された申請書等について、都道府県において内容を確認します。慰労金等の給付決定が行われた場合、都道府県から、医療機関等に給付決定通知が送付されます。

4 医療機関等への慰労金等の振込み

医療機関等への慰労金等の振込みは、原則として、国保連から行われます。国保連から医療機関等に振込通知を送付した上で、診療報酬の振込用に登録されている医療機関等の口座に慰労金等が振り込まれます。

他方、国保連に登録されている医療機関等の口座が債権譲渡されている場合など、国保連から振込みを行えない医療機関等については、都道府県において、「様式第1号 医療機関等情報」に記載された口座に慰労金等の振込みを行います。

なお、医療機関等への慰労金等の振込みは、最速で、国保連における申請書等の受付の翌月下旬となる予定です。

5 医療従事者等への慰労金の給付の実施

慰労金が都道府県から振り込まれた医療機関等は、医療従事者等に慰労金の給付を行ってください。給付は銀行振込みでも現金による給付でも差し支えありませんが、本慰労金は

非課税の給付となりますので、給付にあたっては、誤って源泉徴収することのないよう、十分注意してください。

※ 慰労金は、所得税法の非課税規定に基づき、非課税所得に該当します。また、令和2年度特別定額給付金等に係る差押禁止等に関する法律に基づき、受給権につて、譲り渡し、担保に供し、又は差し押さえることが禁止され、支給を受けた金銭についても、差し押さえることが禁止されています。

また、慰労金の給付が終了した後、医療機関等は、都道府県に対して、慰労金の給付実績を報告いただくことになっています。実績報告にあたっては、委託会社等の医療従事者等を含めて医療従事者等一人一人に申請額と同額の慰労金の給付が行われていることが確認できる書類、要した振込手数料が確認できる書類(※)が必要になりますので、慰労金の給付を行うにあたっては、実績報告に添付する書類の準備に留意いただくようお願いします。

※ 銀行口座への振込みの場合のファームバンキングの振込記録、現金での受け渡しの際の自署又は押印された受領簿など

6 実績報告書の提出

医療機関等は、委託会社等の医療従事者等を含めて、医療従事者等への慰労金の給付が終わった後、おおむね1か月程度のうちに、都道府県に対して、慰労金の給付実績をご報告ください。様式第7号及び様式第8号の実績報告書について、委託会社等の医療従事者等を含めて医療従事者等一人一人に申請額と同額の慰労金の給付が行われていることが確認できる書類、要した振込手数料が確認できる書類(※)を添えて、都道府県に提出してください。実績報告の提出窓口、提出方法等については、都道府県に確認してください。

※ 銀行口座への振込みの場合のファームバンキングの振込記録、現金での受け渡しの際の自署又は押印された受領簿など

7 問い合わせ先

厚生労働省医政局において新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金に関するコールセンターを開設しています。

○ 厚生労働省医政局 新型コロナ緊急包括支援交付金コールセンター

- ・電話番号 03-3595-3317
- ・受付時間 平日の9時30分～18時

また、国保連の「オンライン請求システム」や「WEB申請受付システム」など、医療機関等の申請時のシステムに関する問合せについては、7月下旬(7月20日ごろの予定)を目途に、国保中央会にヘルプデスクを設置する予定です。

その他、各都道府県における申請方法については、各都道府県衛生担当部局(医療従事者等の慰労金担当)にお問い合わせください。

別紙

医療機関等コード；都道府県番号一覧

都道府県	コード	都道府県	コード	都道府県	コード
北海道	01	石川県	17	岡山県	33
青森県	02	福井県	18	広島県	34
岩手県	03	山梨県	19	山口県	35
宮城県	04	長野県	20	徳島県	36
秋田県	05	岐阜県	21	香川県	37
山形県	06	静岡県	22	愛媛県	38
福島県	07	愛知県	23	高知県	39
茨城県	08	三重県	24	福岡県	40
栃木県	09	滋賀県	25	佐賀県	41
群馬県	10	京都府	26	長崎県	42
埼玉県	11	大阪府	27	熊本県	43
千葉県	12	兵庫県	28	大分県	44
東京都	13	奈良県	29	宮崎県	45
神奈川県	14	和歌山県	30	鹿児島県	46
新潟県	15	鳥取県	31	沖縄県	47
富山県	16	島根県	32		

医療機関等コード；点数表番号一覧

点数表	コード
医科	1
歯科	3
調剤	4
訪問看護	6

【医療機関→国保連→都道府県】医療機関等情報_新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金

申請日	令和2年7月1日	(入力形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り (表示は、元号表示になります)	様式5・様式5別紙 (派遣・委託による従事者)への記載	有り
-----	----------	--	--------------------------------	----

施設概要

医療機関コード	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	施設名称 (自動表示)	医療法人〇〇 △△病院	
管理者職名	病院長	管理者氏名	〇〇〇〇	※申請者は管理者となります。
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	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	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
	-		〇〇県	〇〇〇〇

国又は自治体が設置する医療機関等において制度上の問題により、医療従事者への迅速な振込ができない医療機関である	はい	自治体等において補正予算の対応が速やかに行うことができる場合には通常通り、貴医療機関等において受領することができます。
--	----	---

新型コロナウイルス感染症患者の受け入れについて

当該都道府県における始期	2020/4/1	【施設類型】 1 新型コロナウイルス感染症患者の入院受入を割り当てた医療機関 2 帰国者・接触者外来を設置する医療機関 3 地域外来・検査センター 4 宿泊療養受入施設での対応 5 自宅療養を行う場合の新型コロナウイルス感染症患者に対するフォローアップ業務 6 1~5以外の病院及び診療所 7 訪問看護ステーション 8 助産所
施設類型	4	

都道府県から役割指定を受けた日	(形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り
-----------------	---------------------------

新型コロナウイルス感染症患者を最初に受け入れた日	(形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り ※「最初に受け入れた日」は、新型コロナウイルス感染症患者に対して入院診療を行った日(帰国者・接触者外来を設定する医療機関においては、疑い例を含め診療を行った日)となります。
--------------------------	---

対象期間起日	2020/4/1
--------	----------

口座情報

国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない(助産所コードを有さない助産所は、「いいえ」を選択してください)	はい	債権譲渡されていない場合は、「はい」を選択して下さい。債権譲渡されている場合は、国保連に登録されている口座への補助金の振込ができませんので、債権譲渡されていない口座の情報を提出していただく必要があります。
--	----	--

国保連合会による当該口座の債権譲渡に関する確認結果が都道府県に共有されることに同意する	はい	本事業は国保連合会のシステムを活用した慰労金交付を予定しています。交付の過程において、国保中央会保有の口座債権譲渡有無に係る情報が、都道府県に共有されることがあります。同意いただける場合は「はい」を選択してください。
---	----	--

国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込に使用することに同意する	はい	同意いただける場合は、「はい」を選択して下さい。
--------------------------------------	----	--------------------------

金融機関名	金融機関コード	支店番号(店番)	預金種別 1:普通 2:当座 4:貯蓄	口座番号	口座名義 (半角カタカナ) 姓と名の間に半角スペース5個	金融機関名を、リスト入力して下さい。 金融機関コードが表示されないか、正しくない場合は、手入力して下さい。
銀行名	金融機関コード					

上記の口座情報を都道府県が本事業の振込に使用することに同意する	はい
---------------------------------	----

※今回の慰労金は、所得税法の非課税規定に基づき、非課税所得に該当します。また、令和二年度特別定額給付金等に係る差押禁止等に関する法律に基づき、受給権について、譲り渡し、担保に供し、又は差し押さえることが禁止され、支給を受けた金銭についても、差し押さえることが禁止されています。

※なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみに用い、その他の目的で使用されることはございません。

慰労金交付申請額

科目	人数	申請額(円)
慰労金	3	400,000
振込手数料		3,000
合計申請額(円)		403,000

都道府県 知事殿

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 代理申請・受領委任状

下記の者は、

- ① 今回の新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請以外に、個人申請並びに他の医療機関や介護・障害施設から慰労金の給付申請を行わないこと及び、
- ② 申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から慰労金の給付を受けた場合は、不当利得として速やかに都道府県知事に慰労金を返還することを確認・誓約し、

医療法人〇〇 △△病院 〇〇〇〇 を代理申請・受領者と定め、
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請及び受領に関する権限を委任します。

(注意事項)

- ・ この委任状は、都道府県への提出は不要です。ただし、慰労金の代理申請及び受領を証するものとして、都道府県からの求めがあった場合に速やかに提出できるよう、医療機関等において、適切に保管しなければなりません。

記

(※自署もしくは署名捺印)

管理番号	氏名（漢字）		生年月日	住所（自署）	申請及び受領を委任する金額
1	〇〇 〇〇	印	〇年〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇
2	〇〇 〇〇	印	〇年〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇
3	〇〇 〇〇	印	〇年〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇

都道府県 知事殿

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 代理申請・受領委任状

所 属： 医療法人〇〇 △△病院
氏 名：（自署）
住 所：（自署）
生年月日：

私は、下記の事項を確認・誓約し、医療法人〇〇 △△病院 〇〇〇〇 を
代理申請・受領者と定め、新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 円
の申請及び及び受領に関する権限を委任します。

記

1. 今回の新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請以外に、個人申請並びに他の医療機関や介護・障害施設から慰労金の給付申請を行わないこと。
2. 申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から慰労金の給付を受けた場合は、不当利得とし 都道府県 知事に慰労金を返還すること。

（注意事項）

この委任状は、都道府県への提出は不要です。ただし、慰労金の代理申請及び受領を証するものとして、都道府県からの求めがあった場合に速やかに提出できるよう、医療機関等において、適切に保管しなければなりません。

都道府県 知事殿

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 代理申請委任状

下記の者は、

- ① 今回の新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請以外に、個人申請並びに他の医療機関や介護・障害施設から慰労金の給付申請を行わないこと及び、
- ② 申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から慰労金の給付を受けた場合は、不当利得として速やかに都道府県知事に慰労金を返還することを確認・誓約し、

医療法人〇〇 △△病院 〇〇〇〇 を代理申請者と定め、新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請に関する権限を委任します。

(注意事項)

- ・ この委任状は、都道府県への提出は不要です。ただし、慰労金の代理申請を証するものとして、都道府県からの求めがあった場合に速やかに提出できるよう、医療機関等において、適切に保管しなければなりません。

記

(※自署もしくは署名捺印)

管理番号	氏名（漢字）		生年月日	住所（自署）	申請を委任する金額
1	〇〇 〇〇	印	〇年〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇
2	〇〇 〇〇	印	〇年〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇
3	〇〇 〇〇	印	〇年〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇

都道府県 知事殿

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 代理申請委任状

所 属： 医療法人〇〇 △△病院
氏 名：（自署）
住 所：（自署）
生年月日：

私は、下記の事項を確認・承諾し、医療法人〇〇 △△病院 ○〇〇〇 を
代理申請者と定め、新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 ○〇〇〇 円の申請
に関する権限を委任します。

記

1. 今回の新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請以外に、個人申請並びに他の医療機関や介護・障害施設から慰労金の給付申請を行わないこと。
2. 申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から慰労金の給付を受けた場合は、不当利得とし 都道府県 知事に慰労金を返還することを誓約します。

(注意事項)

- ・ この委任状は、都道府県への提出は不要です。ただし、慰労金の代理申請を証するものとして、都道府県からの求めがあった場合に速やかに提出できるよう、医療機関等において、適切に保管しなければなりません。

様式第5号
(文書番号)

令和2年×月×日

医療法人〇〇 △△病院
病院長

〇〇〇〇 殿

株式会社〇〇

〇〇〇〇

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金」の代理申請・受領委任について

貴院で委託業務に従事する別紙の者にかかる慰労金の申請及び受領について、貴職に委任いたしますので、事務手続き方よろしくお願いいたします。

(※委託会社等から同社の医療従事者等に慰労金の給付を行う場合は、以下を記載してください)

なお、慰労金の入金があった際には、下記口座にお振込みいただくようお願いします。

記

〇〇銀行 〇〇支店
普通 〇〇〇〇〇〇〇〇
名義 〇〇〇〇

様式第5号別紙

※「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（医療分）実施要綱」3（17）エ（イ）に該当する

金融機関名を、リスト入力して下さい。
金融機関コードが表示されないが、正しくない場合は、入力して下さい

【委託・派遣業者一医療機関一国保連一都道府県】給付対象者内訳_新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金（委託・派遣労働者分）

管理番号 (1からの 自動連番)	委託者情報																	
	氏名 (漢字)	氏名 (カタカナ)	生年月日	性別	法人名等	[A] 起点日から6/30の 期間における 通算勤務日数	[B] 【A】のうち、 コロナ感染患者 受入からの勤務日 数	[C] 他の施設等との勤 務日数通算及び当 該期間の勤務日数	[D] 【C】が5以上の場 合その施設等名称	支給金額 (自動算出)	委任状 御取済	金融機関名	金融機関 コード	支店番 号 (店番)	預金種 別 1:普通 2:当座 4:貯蓄	口座番号	口座名義 (半角カタカ ナ) 姓と名の順に 非表示スペース1	
1	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	テスト1	1995年1月1日	1						0								
2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	テスト2	1995年1月2日															
3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	テスト3	1995年1月3日															
4	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	テスト3	1995年1月4日															
5	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	テスト5	1995年1月5日															
6	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	テスト6	1995年1月6日															
7	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	テスト7	1995年1月7日															
8	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	テスト8	1995年1月8日															
9	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	テスト9	1995年1月9日															
10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	テスト10																
11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	テスト11																
12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	テスト12																
13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	テスト13																
14	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	テスト14																
15	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	テスト15																
16	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	テスト16																
17	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	テスト17																
18	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	テスト18																

※必要に応じて医療機関等のシステム等からCSVデータに際しおと人だものを貼り付けるなどの方法で作成してください。
※氏名の姓と名の間のスペースありなし、氏名カナの全角/半角、生年月日、性別等を入力する/しない、あるいは形式などに限定はない。

合計申請額 (円) 0

委託者情報

都道府県が個主登録を行う際に必要情報

様式第6号
(文書番号)

令和2年7月1日

都道府県 知事殿

医療法人〇〇 △△病院
〇〇〇〇
(押 印 省 略)

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金給付申請書

標記について、次により交付金を給付されるよう関係書類を添えて申請する。

記

1. 支給申請額 X X X X 円
2. 添付書類
 - ・新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金計算書（様式1）
 - ・新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金内訳（様式2）

以上

様式第7号

【医療機関→都道府県】実績報告書_新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金

施設概要											
医療機関 コード	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	施設名称
連絡先	担当部署		担当者氏名		連絡先電話番号			医療法人社団 △△病院			
	○○部		○○ ○○		○○-○○○○-○○○○			連絡先メールアドレス ○○○○@○○.○○			
所在地	都道府県名		市区町村以降								
	○○県		○○○○								

給付実績額

科目	人数	給付額 (円)
慰労金	○○	○○○○○○
振込手数料		○○○○
慰労金給付済額 (円)		○○○○○○
慰労金給付決定額 (円)		○○○○○○
精算額		0

交付決定通知を確認し、ご記載下さい。

※こちらの実績書は、職員等への慰労金給付が終了したら1か月以内をめぐり、各都道府県慰労金担当窓口にて添付書類と合わせてご提出ください。

◎給付後に提出いただく書類は以下の通りです。

- ・慰労金を職員等に対して給付した際の証憑（個人ごとの振り込みの記録や現金で給付した場合の受領簿など給付額が分かるもの）
（※委託業者等に雇用される者に委託業者等経由で給付を実施した場合は、当該委託業者等が委託業者等に雇用される者に給付を行ったことが確認できる証憑も必要）
- ・慰労金の給付にあたって振込手数料を要した場合の、振込手数料がわかる書類 等

様式第8号

(文書番号)

令和2年×月××日

都道府県 知事殿

医療法人〇〇 △△病院

〇〇〇〇

(押 印 省 略)

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金給付実績報告書

標記について、別紙により給付実績を報告いたします。

記

添付書類

- ・実績報告書（様式第7号）
- ・慰労金を職員等に対して給付した際の証憑
- ・要した振込手数料にかかる証憑
- ・その他

以上

参考様式第1号
(発翰番号)

令和2年×月××日

医療法人●● 院長殿

医療法人○○ △△病院
○○○○ 印

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金」給付に係る勤務証明について（依頼）

下記の職員に係る標記について、別紙によりご証明くださるようお願いいたします。

記

証明対象職員：●●●●●
職名：○○○○
対象期間：●年●月●日～●年●月●日の間の勤務日数

参考様式第2号
(発翰番号)

令和2年×月××日

医療法人○○ △△病院
病院長 ○○○○ 殿

医療法人●●
院長 ○○ ○○ 印

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金」給付に係る勤務証明について（回答）

令和○年○月○日付けで貴職より依頼のありました標記について、下記の通り
回答いたします。

記

証明対象職員氏名：○○○○○
所属部門・部署：○○○○○
職種：○○○○○
主な業務内容：○○○○○
起点日から6月末までの勤務日数：○○○○○
新型コロナウイルス感染症患者1例目受入以降6月末
までの勤務日数：
施設類型：

令和2年×月×日

医療法人〇〇 △△病院

病院長 ○〇〇〇

印

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金」給付に係る勤務証明

標記について、以下とおり相違のないことを証明いたします。

記

証明対象職員氏名：〇〇〇〇

所属部門・部署：〇〇〇〇

職種：〇〇〇〇

主な業務内容：〇〇〇〇

起点日から6月末までの勤務日数：〇〇〇〇

新型コロナウイルス感染症患者1例目受入以降6月末
までの勤務日数：

施設類型：

申請概要_新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金

施設名称	医療機関コード	郵便番号	住所	電話番号	慰労金交付申請額 (円)	【都道府県(記載欄) 慰労金交付決定額 (円)	医療機関情報に於ける 国庫運取致 不可事由
医療法人〇〇 △△病院	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	-	〇〇県〇〇〇〇	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇	無

「医療機関・薬局等における 感染拡大防止等支援事業」

医療機関等の申請マニュアル

～医療機関等用～

Ver 1.0 2020.07.14

本マニュアルは、都道府県と各都道府県の国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）の業務委託の標準的なモデルを前提として作成しております。都道府県によっては、標準的なモデルを修正して事務を行う可能性がありますので、詳細は各都道府県にご確認ください。

目次

1.	本事業の補助の概要	・・・4
1.1	補助の対象医療機関等	・・・4
1.2	補助の上限額	・・・4
1.3	補助の対象経費	・・・5
1.4	補助の対象期間	・・・5
2.	申請区分の確認	・・・6
3.	概算交付申請の手続き	・・・7
3.1	申請方法の確認	・・・7
3.2	申請書等の入手	・・・8
3.2.1	エクセルファイルの申請書等の入手	・・・8
3.2.2	紙媒体の申請書等の入手	・・・8
3.3	エクセルファイルの申請書等の入力・提出方法	・・・9
3.3.1	申請書・事業実施計画書（エクセルファイル）への入力	・・・9
3.3.2	申請書・申請概要（エクセルファイル）の確認	・・・15
3.3.3	提出用ファイルの出力（エクセルファイル）	・・・16
3.3.4	申請書等の提出（エクセルファイル）	・・・16
3.3.4.1	「オンライン請求システム」による申請書等の提出（エクセルファイル）	・・・16
3.3.4.2	「Web 申請受付システム」による申請書等の提出（エクセルファイル）	・・・17
3.3.4.2.1	利用者登録（エクセルファイル）	・・・17
3.3.4.2.2	申請書等のファイル提出（エクセルファイル）	・・・17
3.3.4.3	電子媒体（CD-R 等）による申請書等の提出（エクセルファイル）	・・・17
3.4	紙媒体の申請書等の記載・提出方法	・・・18
3.4.1	申請書・事業実施計画書（紙媒体）の記載	・・・18
3.4.1.1	事業実施計画書（紙媒体）の記載	・・・18

3.4.1.2	申請書（紙媒体）の記載	・・・24
3.4.2	申請書等の提出（紙媒体）	・・・24
3.5	補助金の交付決定	・・・25
3.6	補助金の振込み	・・・25
4.	精算交付申請の手続き	・・・25
5.	コールセンター	・・・26

1. 本事業の補助の概要

新型コロナウイルス感染症の院内等での感染拡大を防ぐための取組を行う病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション・助産所に対して、感染拡大防止対策や診療体制確保などに要する費用を補助します。

1.1 補助の対象医療機関等

新型コロナウイルス感染症の院内等での感染拡大を防ぐための取組を行う病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション・助産所が対象となります。

※ ただし、保険医療機関でない病院や診療所、保険薬局でない薬局、指定訪問看護事業者でない訪問看護ステーションは補助の対象外です。

※ 「新型コロナウイルス感染症を疑う患者の受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業」の支援金と重複して補助を受けることはできません。

➤ 取組の例（例示であり、これに限られるものではありません）

- ① 共通して触れる部分の定期的・頻回な清拭・消毒などの環境整備
- ② 予約診療の拡大、整理券の配布等を行い、患者に適切な受診の仕方を周知
- ③ 発熱等の症状を有する新型コロナ疑いの患者とその他の患者が混在しないよう、動線の確保やレイアウト変更、診療順の工夫など
- ④ 電話等情報通信機器を用いた診療体制等の確保
- ⑤ 感染防止のための个人防护具等の確保
- ⑥ 医療従事者の感染拡大防止対策（研修、健康管理等）

1.2 補助の上限額

病院（医科、歯科）	200万円+5万円×病床数
有床診療所（医科、歯科）	200万円
無床診療所（医科、歯科）	100万円
薬局、訪問看護ステーション、助産所	70万円

1.3 補助の対象経費

「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」を除き、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する費用が補助の対象経費です。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。

➤ 経費の例（例示であり、これに限られるものではありません）

清掃委託、洗濯委託、検査委託、寝具リース、感染性廃棄物処理、個人防護具の購入 等

1.4 補助の対象期間

令和2年4月1日から令和3年3月31日までに支出される費用が対象となります。

支出済みの費用だけでなく、申請日以降（令和3年3月31日まで）に支出が見込まれる費用も合わせて、概算額で申請することが可能です。概算額で申請する場合、事後に実績報告が必要となるため、領収書等の証拠書類を保管しておいてください。なお、実績報告において対象とならない経費が含まれていた場合など、概算で交付した補助金額が交付すべき確定額を上回るときは、その上回る額を返還していただくこととなります。

2. 申請区分の確認

申請時の補助の対象経費に関する支出状況によって、申請区分が異なり、申請書等の提出先、申請書・添付書類、受付開始時期等が変わりますので、ご注意ください。

各医療機関等からの申請は1回限りです。

	各医療機関等での申請時の支出状況	申請区分	申請書等の提出先	申請書・添付書類	受付開始時期
①	・支出済みの費用だけでなく、申請日以降(令和3年3月31日まで)に支出が見込まれる費用も合わせて、概算額で補助金を申請する	概算交付申請*1	国保連	申請書 事業実施計画書	・「オンライン請求システム」は7月20日ごろの予定 ・「WEB申請受付システム」は7月25日ごろの予定
②	・支出済みの費用について、補助金を申請する	精算交付申請*2	都道府県	都道府県にご確認ください	都道府県にご確認ください

①概算交付申請を行う医療機関等の場合 → 7ページ「3. 概算交付申請の手続き」へ

②精算交付申請を行う医療機関等の場合 → 25ページ「4. 精算交付申請の手続き」へ

※1 概算交付申請；

対象期間中に見込まれる費用についての申請になりますので、一般的に、精算交付申請と比較して、早い時期での申請が可能です。概算交付申請の場合、事後に実績報告が必要となるため、領収書等の証拠書類を保管しておいてください。なお、実績報告において対象とならない経費が含まれていた場合など、概算で交付した補助金額が交付すべき確定額を上回るときは、その上回る額を返還していただくこととなります。

※2 精算交付申請；

申請時に支出済みの費用について、領収書等を添付して、補助金の申請を行う方法です。申請書等の受付開始時期、申請書・添付書類、提出窓口、提出方法等について、都道府県によって異なりますので、都道府県に確認してください。

3. 概算交付申請の手続き

3.1 申請方法の確認

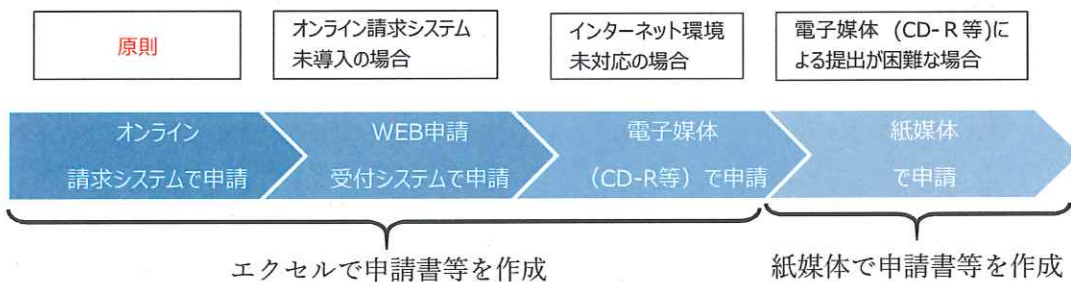
「オンライン請求システム」やインターネット環境への対応状況によって、申請方法が異なりますので、まずは申請方法をご確認ください。

原則として、各都道府県の国保連の①「オンライン請求システム」(医療機関等が毎月の診療報酬請求事務で使用しているシステム)により申請してください。

オンライン請求システム未導入の医療機関等は、国保連の本事業専用の②「WEB 申請受付システム」により申請してください。

なお、インターネット環境に対応していない医療機関等は、③「電子媒体(CD-R等)」により国保連に郵送することも可能です(電子媒体による提出も困難な場合は、④「紙媒体」を国保連に郵送)。

<申請方法の確認>



3.2 申請書等の入手

3.2.1 エクセルファイルの申請書等の入手

3.1の①「オンライン請求システム」、②「WEB申請受付システム」、③「電子媒体（CD-R等）」による申請を行う医療機関等については、エクセルファイルの申請書等を用いた申請となります。エクセルファイルの申請書等（ファイル名；xx（都道府県番号2桁）都道府県_入力用_支援事業_申請書等.xlsx）は、以下のホームページからダウンロードしてください。（厚生労働省のホームページには、標準的なモデルの申請書等を掲載しておりますが、申請書等は都道府県ごとに異なるので、申請時には各都道府県のホームページからダウンロードした申請書等をご使用ください。）

○厚生労働省ホームページ；

・ https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/kansenkak_udaiboushi_shien.html

○●●●県ホームページ；

・ ●●●



申請書作成～提出

9 ページ 3.3 -17 ページ 3.3.4.3 へ

3.2.2 紙媒体の申請書等の入手

3.1の①「オンライン請求システム」、②「WEB申請受付システム」、③「電子媒体（CD-R等）」による申請ができない医療機関等は、④「紙媒体」の申請書等での申請となります。紙媒体の申請書等は、以下でお受け取りください。

○●●●●県●●●課



申請書作成～提出

18 ページ 3.4 -24 ページ 3.4.2 へ

- ⑮ 収入予定額
- ⑯ 補助金交付申請額
- ⑰ 支出予定に関する確認

※4 医療機関等コードを入力すると、③施設名称及び⑦所在地が自動で表示されます。(令和2年6月1日時点の厚生局に届出されている情報)

【⑩ 都道府県名】

エクセルファイルの申請書は、都道府県ごとに異なっているので所在地の都道府県名が記載されていることを確認した上で、入力をしてください。

【① 申請日】

記入を完了して、申請書等を提出する日を入力してください。

ここで入力した日付が、「様式1 申請書」の申請日に自動転記されますので、ご注意ください。

申請日	令和2年7月31日
-----	-----------

【② 医療機関等コード】

都道府県番号2桁、点数表番号1桁、郡市区番号2桁、医療機関等番号4桁、検証番号1桁の算用数字を組み合わせた計10桁の医療機関等コードを入力してください。

(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)

医療機関等 コード (10桁)	1	3	3	4	5	6	7	8	9	0
	└───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┘									
	都道府県 番号		点数表 番号	郡市区 番号		医療機関等 番号			検証 番号	

(参考) 別紙 都道府県番号一覧及び点数表番号一覧

【③ 施設名称】

② 医療機関等コードを入力すると、厚生局に令和2年6月1日時点で届出されている施設名称が自動で表示されます(助産所を除く)ので、自動で表示された施設名称に間違いがないか確認してください。

施設名称	医療法人社団〇〇〇 △△△病院
------	-----------------

なお、届出されていない医療機関等コードが入力された場合は、以下の注意が表示されますので、医療機関コードに間違いがないか確認の上、間違いがなければ、施設名称を手入力

してください。

施設名称	自動表示されない場合は、番号をご確認下さい。それでも自動表示されない(または変更がある)場合は、手入力してください。
------	--

また、助産所及び令和2年6月1日以降に開設された医療機関等や医療機関等コードが更新された医療機関等は、正しい施設名称が自動表示されませんので、手入力してください。

【④ 管理者職名】・【⑤ 管理者氏名】

管理者の職名及び氏名を入力してください。ここで入力された管理者の情報が「様式1申請書」の代表者として自動転記されますので、ご注意ください。

管理者職名	病院長	管理者氏名	〇〇〇〇
-------	-----	-------	------

【⑥ 連絡先】

申請内容に疑義や不備等があった場合に、確認させていただく際の連絡先をご入力ください。

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	0000@00.00

【⑦ 所在地】

② 医療機関等コードを入力すると、厚生局に令和2年6月1日時点で届出されている所在地が自動で表示されます(助産所を除く)ので、自動で表示された所在地に間違いがないか確認してください。

なお、助産所及び令和2年6月1日以降に開設された医療機関等や医療機関等コードが更新された医療機関等は、正しい所在地が自動表示されませんので、手入力してください。

所在地	郵便番号							都道府県	市区町村以降	
	1	2	3	-	4	5	6	7		
				-					東京都	中央区日本橋0-0-0

【⑧ 施設類型】

本事業では、施設類型によって⑩ 補助上限額が異なりますので、プルダウンより、該当する施設類型を選択してください。

(病院 (医科) /病院 (歯科) /有床診療所 (医科) /有床診療所 (歯科) /無床診療所 (医科) /無床診療所 (歯科) /薬局/訪問看護ステーション/助産所)

【⑨ 許可病床数】

⑧ 施設類型において「病院 (医科)」もしくは「病院 (歯科)」を選択した場合のみ、入

力する「必須項目」となります。令和2年4月1日時点の許可病床数[※]を入力してください。

なお、令和2年4月1日以降に増床や新規開院をされた場合は、申請日の許可病床数を入力してください。

※ 一般病床、療養病床、精神病床、感染症病床、結核病床の許可病床数の合計

許可病床数 [※] (病院のみ記載)	300
--------------------------------	-----

※ 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

【⑩ 補助上限額】

⑧ 施設類型及び⑨ 許可病床数(病院の場合のみ)により、補助上限額が自動計算で算出・入力されますので、ご確認ください。各医療機関等の補助上限額は以下のとおりです。

施設類型	補助上限額
病院(医科、歯科)	200万円+5万円×病床数
有床診療所(医科、歯科)	200万円
無床診療所(医科、歯科)	100万円
薬局、訪問看護ステーション、助産所	70万円

【⑪ 施設情報に関する確認】

⑧ 施設類型及び⑨ 許可病床数(病院の場合のみ)に間違いがないことを確認し、「はい」を選択してください。(「はい」が選択されない場合、ファイルの保存及び提出用ファイルの出力ができない設定になっております。)

なお、記載に間違いがあり、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。

施設類型及び許可病床数に間違いがない	はい
--------------------	----

【⑫ 口座情報に関する確認】

本事業では、国保連のシステムを活用した補助金の振込みを予定しておりますので、診療報酬の振込用に国保連に登録されている口座の状況について、ご入力ください。

なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみに用い、その他の目的で使用されることはありません。

- 国保連に登録されている口座の債権譲渡の有無(以下の(1)又は(2)を選択)

(1) 国保連に登録されている口座が債権譲渡されていない場合は、「はい」を選択してください。「はい」を選択すると、以下の2つの同意欄が表示されます。どちらか一方で

も同意されない場合は、国保連のシステムを活用した補助金の振込みができなくなります。

ア「債権譲渡の有無に関する確認結果が都道府県に共有されることへの同意欄」

- ・ 補助対象ではない債権譲渡先に補助金が渡ることを避けるため、国保連が保有している情報を用いて債権譲渡の有無に関して確認を行います。補助金交付過程において、その確認結果を都道府県に共有されることについて同意される場合は、「はい」を選択してください。

イ「国保連に登録されている口座情報を本事業の振込みに使用することへの同意欄」

- ・ 診療報酬の振込用に国保連に登録されている口座情報を、本事業の振込みに使用することについて同意される場合は、「はい」を選択してください。

国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない	はい	「はい」を選択すると、2つの同意欄が表示されます。
国保連合会による当該口座の債権譲渡に関する確認結果が都道府県に共有されることに同意する	はい	
国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込みに使用することに同意する	はい	

(2) 国保連に登録されている口座が債権譲渡されている場合又は助産所コードを有していない助産所は、「いいえ」を選択してください。「いいえ」を選択すると、口座情報を入力する欄が表示されます。国保連に登録されている口座が債権譲渡されている場合は、国保連のシステムでの振込みができないため、債権譲渡されていない口座の情報をご入力ください。なお、その場合、本補助金の振込みは都道府県から行われることになります。

国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない	いいえ	「いいえ」を選択すると、口座情報記入欄が表示されます	
金融機関名	金融機関コード		支店名
預金種類 1: 普通 2: 当座 4: 貯蓄 (フリガナ)	口座番号 (左詰め)		
取引口座名	「債権譲渡されていない口座の情報を記載してください」		

【13】他の補助事業に関する確認

「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」の支援金と重複して、本事業の補助金を受けることはできません。

「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」の支援金の申請をしておらず、申請する予定もない	はい
--	----

(参考) 「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

○対象医療機関 新型コロナ疑い患者の診療を行う救急・周産期・小児医療機関

○支援金の額

・以下の額を上限として実費を補助

99床以下 2000万円

100床以上 3000万円

100床ごとに 1000万円を追加

・新型コロナ患者の入院受入れ医療機関に対する上記の額への加算 1000万円

【14 支出予定額】 / 【15 収入予定額】 / 【16 補助金交付申請額】

対象期間（令和2年4月1日から令和3年3月31日）に、支出が予定されている各対象科目の費用について概算額を、ご入力ください。

科目		支出予定額 (円)	収入
支出	賃金・報酬	2,000,000	
	謝金	400,000	
	会議費	500,000	
	旅費	135,500	
	需用費	4,500,000	
	役務費	1,500,000	
	委託料	1,500,000	
	使用料及び賃借料	3,000,000	
	備品購入費	4,000,000	
	b_合計支出予定額		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
d_合計支出予定額-収入予定額 (円) (b-c)		17,535,500	
補助金交付申請額 (円) (aとdのいずれか少ない額) (1000円未満切捨)		17,000,000	

【14 支出予定額】
対象期間に支出が予定されている各対象科目の費用について、概算でご記載ください。
各医療機関等からの申請は1回限りです。対象となる可能性のある費用について、漏れのないようご注意ください。

支出予定額の合計が補助金交付申請額を超えても差し支えありません。
(都道府県の審査において、一部補助対象と認められなかった場合なども考慮してください)

【15 収入予定額】
上記の費用に対して、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」円をご記載下さい。なお、合計支出予定額からこちらの額を差し引いた額が補助の対象費用になります。

【16 補助金交付申請額】
「a_補助上限額 (円)」と「d_合計支出予定額-収入予定額 (円)」のどちらか少ない額となります。(自動計算)

各対象科目に該当する費用については、例えば、以下のようなものが考えられます。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。

- ・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

【17 支出予定に関する確認】

⑭ 支出予定額の「賃金・報酬」に、本事業の対象とはならない「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」が含まれていないことの確認です。こちらが、「はい」にならないとファイルの保存及び提出用ファイルの出力ができない設定となっております。

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
--	----

3.3.2 申請書・申請概要（エクセルファイル）の確認

「様式 2-1 事業実施計画書」のシートの「必須項目」に入力いただくと、「様式 1 申請書」と国保連及び都道府県が情報管理のために用いる「様式 3 申請概要」に必要事項が自動的に転記されます。「様式 1 申請書」及び「様式 3 申請概要」について、以下に間違いないか確認してください。

【申請書】

- ・申請日
- ・宛名（医療機関等の所在地の都道府県知事）
- ・所在地/施設名/代表者名
- ・申請額

【申請概要】

- ・施設名称
- ・医療機関等コード
- ・郵便番号/所在地/電話番号
- ・補助金交付申請額

(申請書)

令和2年7月31日

東京都知事 殿

東京都中央区日本橋〇-〇-〇
医療法人社団〇〇〇 △△△病院
病院長 〇〇〇〇

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援）の交付申請書

標記について、次により交付金を交付されるよう関係書類を添えて申請する。

1 申請額 金17,000,000円

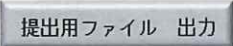
2 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援）に関する事業実施計画書

(申請概要)

様式3 申請概要_医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業							
施設名称	医療機関等コード	郵便番号	所在地	電話番号	補助金交付申請額(円)	【都道府県記載欄】 補助金換算交付原(円)	事業計画書における 国保連取投 不可事由
医療法人社団〇〇〇 △△△病院	1334567890	123-4567	東京都中央区日本橋〇-〇-〇	03-xxxx-xxxx	17,000,000	17,000,000	無

3.3.3 提出用ファイルの出力（エクセルファイル）

エクセルファイルの申請書等について、入力用のファイルのままでは、国保連で受付できませんので、提出用のファイルを出力する必要があります。「様式 2-1 事業実施計画書」のすべての「必須項目」について、漏れなく入力されたことを確認の上、「様式 2-1 事業実施計画書」にあるファイル出力ボタンをクリックしてください。入力用のファイルと同じフォルダに、提出用のファイル（ファイル名；提出用_支援事業_医療機関等コード（10桁）_作成日（yyyymmdd）.xlsx）が出力されます。

○ファイル出力ボタン； 

3.3.4 申請書等の提出（エクセルファイル）

（詳細は、国保連が作成するマニュアルをご確認ください。7月20日ごろまでに提供される予定です。）

申請書等について、国保連の受付開始は、以下の予定です。

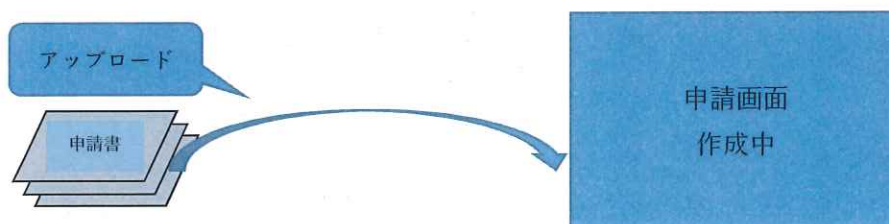
- ・「オンライン請求システム」は、7月20日ごろから受付開始
- ・「WEB 申請受付システム」は、7月25日ごろから受付開始

また、8月以降の申請書等の受付期間は、毎月15日から月末までとなります（最終受付締切は、令和3年2月末の予定）。

なお、医療機関等への補助金の振込みは、最速で、国保連における申請書等の受付の翌月下旬となる予定です。

3.3.4.1 「オンライン請求システム」による申請書等の提出（エクセルファイル）

診療報酬請求事務で使っている国保連の「オンライン請求システム」に、診療報酬請求で使用している ID・パスワードによりログインし、本事業の申請画面にアクセスしていただき、「3.3.3 提出用ファイルの出力」にて出力された提出用のファイルを取り込んでください。なお、毎月1-14日は、受付できませんのでご注意ください。



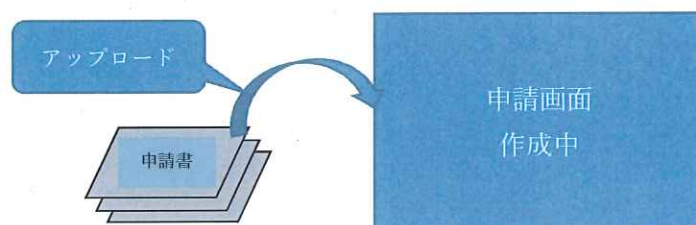
3.3.4.2 「Web 申請受付システム」による申請書等の提出（エクセルファイル）

3.3.4.2.1 利用者登録（エクセルファイル）

国保連ホームページよりリンクされる本事業専用の「WEB 申請受付システム」にアクセスし、メールアドレスを登録して、仮パスワードが送付された後、利用者登録を行ってください。

3.3.4.2.2 申請書等のファイル提出（エクセルファイル）

国保連の本事業専用の「WEB 申請受付システム」にアクセスし、「3.3.3 提出用ファイルの出力」にて出力された提出用のファイルを取り込んでください。

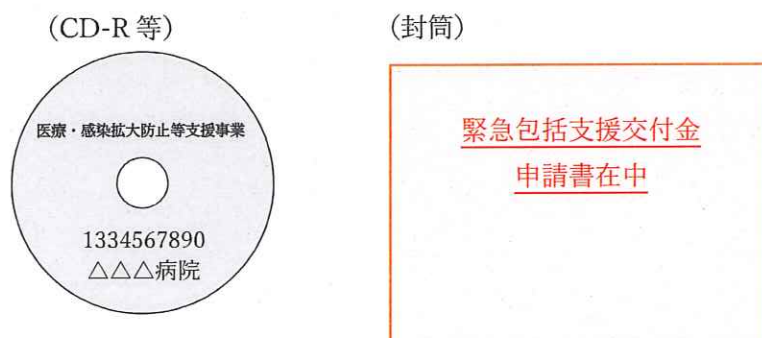


3.3.4.3 電子媒体（CD-R 等）による申請書等の提出（エクセルファイル）

「3.3.3 提出用ファイルの出力」にて出力された提出用のファイルを、CD-R 等の電子媒体に格納し、各都道府県の国保連に郵送してください。申請書等の受付期間は、毎月 15 日から月末までの間（必着）となります。

電子媒体（CD-R 等）で国保連に郵送する際には、以下に注意してください。

- ・ 診療報酬請求のファイルとは、必ず別々の電子媒体（CD-R 等）で提出してください。
- ・ 電子媒体（CD-R 等）に、油性マジック等で「医療・感染拡大防止等支援事業」と記載した上で、「医療機関等コード」と「医療機関等名」を記載してください。
- ・ 送付用の封筒の表面に「緊急包括支援交付金申請書 在中」と朱書きするなどしてください。



3.4 紙媒体の申請書等の記載・提出方法

3.1の①「オンライン請求システム」、②「WEB申請受付システム」、③「電子媒体(CD-R等)」による申請ができない医療機関等は、④「紙媒体」の申請書等での申請となります。

3.4.1 申請書・事業実施計画書(紙媒体)の記載

3.2.2で受け取った紙媒体の申請書等について、「様式1 申請書」と「様式2-2 事業実施計画書」を記載して、提出する必要があります。

3.4.1.1 事業実施計画書(紙媒体)の記載

「様式2-2 事業実施計画書」を記載する過程で補助金交付申請額が計算されますので、「様式2-2 事業実施計画書」を記載された後に、「様式1 申請書」を記載してください。

【記載必須項目】

- ① 申請日
- ② 医療機関等コード
- ③ 施設名称
- ④ 管理者職名
- ⑤ 管理者氏名
- ⑥ 連絡先
- ⑦ 所在地
- ⑧ 施設類型
- ⑨ 許可病床数
- ⑩ 補助上限額
- ⑪ 施設情報に関する確認
- ⑫ 口座情報に関する確認
 - ・債権譲渡の有無
 - ・都道府県への情報共有
 - ・口座利用の同意
 - ・口座情報
- ⑬ 他の補助事業に関する確認
- ⑭ 支出予定額
- ⑮ 収入予定額
- ⑯ 補助金交付申請額
- ⑰ 支出予定に関する確認

The form is titled '事業実施計画書' and is divided into several sections. The top section contains facility and management information. The middle section is for financial data, including a table for budgeting. The bottom section contains confirmation checkboxes and a signature line. The back side (裏面) features a table for budgeting and a confirmation section.

項目	支出予定額(円)	収入予定額(円)
基本・経費	2,800,000	
雑費	480,000	
設備費	760,000	
減価償却	130,000	
固定資産	4,570,000	
流動負債	8,390,000	
流動資産	8,590,000	
流動負債及び非債	8,000,000	
流動負債	4,000,000	
流動負債	17,850,000	
収入		0
合計	17,850,000	0
補助金交付申請額(円)		17,850,000

表面

裏面

【① 申請日】

記載を完了して、申請書等を提出する日を記載してください

申請日	2020/7/31
-----	-----------

青字；記載例

【② 医療機関等コード】

都道府県番号 2桁、点数表番号 1桁、郡市区番号 2桁、医療機関等番号 4桁、検証番号 1桁の算用数字を組み合わせた計 10桁の医療機関等コードを記載してください。

(助産所コードを有さない助産所は「999999999」を記載してください)

医療機関等 コード (10桁)	1	3	3	4	5	6	7	8	9	0
	都道府県 番号		点数表 番号	郡市区 番号		医療機関等 番号				検証 番号

(参考) 別紙 都道府県番号一覧及び点数表番号一覧

【③ 施設名称】

申請する医療機関等の施設名称を記載してください。

施設名称	医療法人社団〇〇〇 △△△病院
------	-----------------

【④ 管理者職名】・【⑤ 管理者氏名】

申請する医療機関等の管理者の職名及び氏名を記載してください。

管理者職名	病院長	管理者氏名	〇〇〇〇
-------	-----	-------	------

【⑥ 連絡先】

申請内容に疑義や不備等があった場合に、確認させていただく際の連絡先をご記載ください。

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	03-xxxx-xxxx	〇〇〇@〇〇.〇〇

【⑦ 所在地】

申請する医療機関等の郵便番号・都道府県・市区町村以降をご記載ください。

所在地	郵便番号							都道府県名	市区町村以降	
	1	2	3	-	4	5	6	7		
									東京都	中央区日本橋0-0-0

【⑧ 施設類型】

本事業では、施設類型によって⑩ 補助上限額が異なりますので、該当する施設類型に○をつけてください。

施設類型	
	<input checked="" type="radio"/> 病院 (医科、歯科)
	<input type="radio"/> 有床診療所 (医科、歯科)
	<input type="radio"/> 無床診療所 (医科、歯科)
	<input type="radio"/> 薬局、訪問看護ステーション、助産所

【⑨ 許可病床数】

⑧ 施設類型において「病院」を選択した場合のみ、「記載必須項目」となります。令和2年4月1日時点の許可病床数※を記載してください。

なお、令和2年4月1日以降に増床や新規開院をされた場合は、申請日の許可病床数を記載してください。

※ 一般病床、療養病床、精神病床、感染症病床、結核病床の許可病床数の合計

※ 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

許可病床数 [※] (病院のみ記載)	300
--------------------------------	-----

【⑩ 補助上限額】

⑧ 施設類型及び⑨ 許可病床数 (病院の場合のみ) により、補助上限額が異なります。「病院」の場合は、「200 万円+5 万円×病床数」により補助上限額を計算して記載してください。「有床診療所 (医科、歯科)」「無床診療所 (医科、歯科)」「薬局、訪問看護ステーション、助産所」の場合は、該当する額に○をつけてください。

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)
	2,000,000	
	1,000,000	
	700,000	

【⑪ 施設情報に関する確認】

⑧ 施設類型及び⑨ 許可病床数（病院の場合のみ）に間違いがないことを確認し、「はい」を選択してください。

なお、記載に間違いがあり、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。

施設類型及び許可病床数に間違いがない	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
--------------------	-------------------------------------	---------------------------

【⑫ 口座情報に関する確認】

本事業では、国保連のシステムを活用した補助金の振込みを予定しておりますので、診療報酬の振込用に国保連に登録されている口座の状況について、ご記入ください。

なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみに用い、その他の目的で使用されることはありません。

- 国保連に登録されている口座の債権譲渡の有無（以下の（１）又は（２）を選択）

（１）国保連に登録されている口座が債権譲渡されていない場合は、「はい」を選択してください。「はい」を選択された場合は、以下の２点に関する同意欄にご記入ください。どちらか一方でも同意されない場合は、国保連のシステムを活用した補助金の振込みができなくなります。

ア「債権譲渡の有無に関する確認結果が都道府県に共有されることへの同意欄」

- ・ 補助対象ではない債権譲渡先に補助金が渡ることを避けるため、国保連が保有している情報を用いて債権譲渡の有無に関して確認を行います。補助金交付過程において、その確認結果を都道府県に共有されることについて同意される場合は、「はい」を選択してください。

イ「国保連に登録されている口座情報を本事業の振込みに使用することへの同意欄」

- ・ 診療報酬の振込用に国保連に登録されている口座情報を、本事業の振込みに使用することについて同意される場合は、「はい」を選択してください。

国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない。 (助産所コードのない助産所は、「いいえ」を選択してください)	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
---	-------------------------------------	---------------------------

「はい」の場合

国保連合会による当該口座の債権譲渡の有無に関する確認結果が都道府県に共有されることに同意する	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込みに使用することに同意する	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ

(2) 国保連に登録されている口座が債権譲渡されている場合は、「いいえ」を選択してください。国連に登録されている口座が債権譲渡されている場合は、国保連のシステムでの振込みができないため、「いいえ」を選択された場合は、債権譲渡されていない口座の情報をご記載ください。なお、その場合、本補助金の振込みは都道府県から行われることとなります。

債権譲渡されていない口座情報をご記載ください									
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 (左詰め)					
(フリガナ)									
取引口座名									

【⑬ 他の補助事業に関する確認】

「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」の支援金と重複して、本事業の補助金を受けることはできません。「いいえ」を選択した場合は、本事業の補助金は受けられません。

「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	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
--	-------------------------------------	---------------------------

(参考) 「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

○対象医療機関 新型コロナ疑い患者の診療を行う救急・周産期・小児医療機関

○支援金の額

・以下の額を上限として実費を補助

99床以下 2000万円

100床以上 3000万円

100床ごとに 1000万円を追加

・新型コロナ患者の入院受入れ医療機関に対する上記の額への加算 1000万円

【14 支出予定額】 / 【15 収入予定額】 / 【16 補助金交付申請額】

対象期間（令和2年4月1日から令和3年3月31日）に、支出が予定されている各対象科目の費用について概算額を、ご入力ください。

科目		支出予定額 (円)	収入
支出	賃金・報酬	2,000,00	
	謝金	400,00	
	会議費	500,00	
	旅費	135,50	
	需用費	4,500,00	
	役務費	1,500,00	
	委託料	1,500,00	
	使用料及び賃借料	3,000,00	
	備品購入費	4,000,00	
	b_合計支出予定額		17,535,50
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
d_合計支出予定額-収入予定額 (円) (b-c)			17,535,50
補助金交付申請額 (円) aとdのいずれか少ない額 (1000円未満切捨)			17,000,00

【14 支出予定額】

対象期間に支出が予定されている各対象科目の費用について、概算でご記載ください。
各医療機関等からの申請は1回限りです。対象となる可能性のある費用について、漏れないようご注意ください。

支出予定額の合計が補助交付申請額を超えても差し支えありません。(都道府県の審査において、一部補助対象と認められなかった場合なども考慮してください)

【16 補助金交付申請額】

「a_補助上限額 (円)」と「d_合計支出予定額-収入予定額 (円)」のどちらか少ない額となります。

【15 収入予定額】

上記の費用に対して、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」円をご記載下さい。なお、合計支出予定額からこちらの額を差し引いた額が補助の対象費用になります。

各対象科目に該当する費用については、例えば、以下のようなものが考えられます。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。

- ・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

【⑰ 支出予定に関する確認】

⑭ 支出予定額の「賃金・報酬」に、本事業の対象とはならない「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」が含まれていないことの確認です。含まれていないことを確認した場合は、「はい」を選択してください。

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
--	----	-----

3.4.1.2 申請書（紙媒体）の記載

「様式1 申請書」の「記載必須項目」について、記載してください。

【記載必須項目】

- ① 申請日
- ② 宛先（医療機関等の所在地の都道府県知事）
- ③ 所在地/施設名/代表者名
- ④ 申請額※

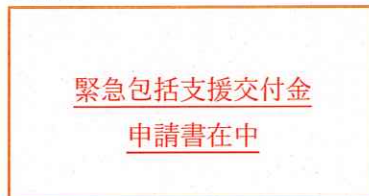
※「様式2-2 事業実施計画書」で計算された⑯補助金交付申請額をご記載ください。

3.4.2 申請書等の提出（紙媒体）

記載した「様式1 申請書」と「様式2-2 事業実施計画書」を同封して、各都道府県の国保連に郵送してください。申請書等の受付期間は、毎月15日から月末までの間（必着）となります（最終受付締切は、令和3年2月末の予定）。

送付用の封筒の表面に「緊急包括支援交付金申請書 在中」と朱書きするなどしてください。

（封筒）



3.5 補助金の交付決定

国保連に提出された申請書等について、都道府県が内容を確認します。補助金の交付決定が行われた場合、都道府県から、医療機関等に交付決定通知が送付されます。

3.6 補助金の振込み

医療機関等への補助金の振込みは、原則として、国保連から行われます。国保連から医療機関等に振込通知が送付された上で、診療報酬の振込用に登録されている医療機関等の口座に補助金が振り込まれます。

他方、国保連に登録されている医療機関等の口座が債権譲渡されている場合など、国保連から振込みを行えない医療機関等については、都道府県から、「様式 2-1 又は 2-2 事業実施計画書」に記載された口座に補助金が振り込まれます。

なお、医療機関等への補助金の振込みは、最速で、国保連における申請書等の受付の翌月下旬となる予定です。

4. 精算交付申請の手続き

申請時に既に事業を完了している医療機関等については、「精算交付申請」（概算での申請ではなく、実際に事業に要した支出済みの費用について、領収書等を添付して、補助金の申請）を行うことも可能です。

精算交付申請の場合は、実際に事業に要した支出済みの費用の領収書等を添付して、申請書等を提出することになりますが、提出先は、国保連ではなく、都道府県となります。申請書等の受付開始時期、申請書・添付書類、提出窓口、提出方法等について、都道府県によって異なりますので、都道府県に確認してください。

また、精算交付申請の場合、医療機関等への補助金の振込みは、都道府県において行うこととなります。

5. コールセンター

厚生労働省医政局において新型コロナ緊急包括支援交付金（医療分）に関するコールセンターを開設しています。

○ 厚生労働省医政局 新型コロナ緊急包括支援交付金コールセンター

- ・ 電話番号 03-3595-3317
- ・ 受付時間 平日の9時30分～18時

また、国保連の「オンライン請求システム」や「WEB申請受付システム」など、医療機関等の申請時のシステムに関する問合せについては、7月下旬（7月20日ごろの予定）を目途に、国保中央会にヘルプデスクを設置する予定です。

医療機関コード；都道府県番号一覧

都道府県	コード	都道府県	コード	都道府県	コード
北海道	01	石川県	17	岡山県	33
青森県	02	福井県	18	広島県	34
岩手県	03	山梨県	19	山口県	35
宮城県	04	長野県	20	徳島県	36
秋田県	05	岐阜県	21	香川県	37
山形県	06	静岡県	22	愛媛県	38
福島県	07	愛知県	23	高知県	39
茨城県	08	三重県	24	福岡県	40
栃木県	09	滋賀県	25	佐賀県	41
群馬県	10	京都府	26	長崎県	42
埼玉県	11	大阪府	27	熊本県	43
千葉県	12	兵庫県	28	大分県	44
東京都	13	奈良県	29	宮崎県	45
神奈川県	14	和歌山県	30	鹿児島県	46
新潟県	15	鳥取県	31	沖縄県	47
富山県	16	島根県	32		

医療機関コード；点数表番号一覧

点数表	コード
助産所	0
医科	1
歯科	3
調剤	4
訪問看護	6

事業実施計画書 医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

申請日	(入力形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り (表示は、元号表示になります)	提出用ファイル 出力
-----	--	------------

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

医療機関等コード (10桁)	施設名称	医療機関コード、10桁を入力すると、自動表示されます。		
管理者職名	管理者氏名			
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
所在地	郵便番号	都道府県	市区町村以降	
施設類型(プルダウンから選択)	許可病床数 [※] (病院のみ記載)	a_補助上限額 (基準額) (円)	0	

※ 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

施設類型及び許可病床数に間違いがない 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

国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない 債権譲渡されていない場合は、「はい」を選択して下さい。債権譲渡されている場合は、国保連に登録されている口座への補助金の振込ができませんので、債権譲渡されていない口座の情報を提出していただく必要があります。
(助産所コードを有さない助産所は、「いいえ」を選択してください)

※なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみに用い、その他の目的で使用されることはありません。

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」の支援金の申請をしておらず、申請する予定もない 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

【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する費用】

対象期間(令和2年4月1日から令和3年3月31日)に、支出が予定されている各科目の費用について概算額を、ご記載ください。
 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。
 ※ 令和2年4月1日から令和3年3月31日までにかかる費用が対象となりますので、支出済みの費用だけでなく、申請日以降に発生が見込まれる費用も合わせて、概算額で申請することも可能です。概算額で申請した場合、事後に実績報告が必要となるため、領収書等の証拠書類を保管しておいてください(実績報告の際に領収書等の証拠書類が必要となります)。なお、実績報告において対象とならない経費が含まれていた場合など、概算で交付した額が交付すべき確定額を上回る場合は、その上回る額を返還していただくこととなります。

科目		支出予定額 (円)	収入予定額 (円)
支出	賃金・報酬		
	謝金		
	会議費		
	旅費		
	需用費		
	役務費		
	委託料		
	使用料及び賃借料		
	備品購入費		
	b_合計支出予定額 (総事業費)	0	
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		
d_合計支出予定額-収入予定額 (円) (b-c)		0	
補助金交付申請額 (円) (aとdのいずれか少ない額) <u>(1000円未満切捨)</u>		0	

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 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。

対象期間に支出が予定されている各科目の費用について、概算でご記載ください。
 各医療機関等からの申請は1回限りですので、対象となる可能性のある費用について、漏れのないようご注意ください。