

**【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。

**【掲載資料一覧】**

申請時に使用するシート

- 交付申請書
- 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

- 交付申請書（記載例）
- 別紙（記載例）
- 請求書（記載例）



別紙

黄色セル部分に記載をお願いいたします

令和2年度事業の申請日以降に新たに「診療・検査医療機関（仮称）」の指定を受けた医療機関

【表面】 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	年	月	日
-----	----	---	---	---

医療機関等コードは、必ず10桁で記入してください。  
 ○1-2桁目；都道府県番号  
 ○3桁目；点数表番号  
 ○4-5桁目；郡市区番号  
 ○6-9桁目；医療機関等番号  
 ○10桁目；検証番号

I. 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	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

「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る。

はい いいえ

「はい」/「いいえ」のいずれかに「○」をつけてください。  
 いずれかが「いいえ」の医療機関が、本補助事業に申請する場合は、申請書（別紙）の様式が異なるのでご注意ください。

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）」である。※1

はい いいえ

※1 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) 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。

① 都道府県の指定を受けた「診療・検査医療機関（仮称）」としての補助基準額（上限額）

①としての補助基準額(上限額)

1,000,000

② 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補助基準額（上限額）

施設類型 該当する類型に チェック(✓)	有床診療所	<input type="checkbox"/>	許可病床数 令和2年度事業申請時に使用した病床数	○有床診療所；250,000+(50,000×許可病床数)円
	無床診療所	<input type="checkbox"/>		

②としての補助基準額(上限額)

①から②を差し引いた額

a 本事業の補助基準額(上限額)

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いたします

令和2年度事業の申請日以降に新たに「診療・検査医療機関（仮称）」の指定を受けた医療機関

【表面】 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

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 1:普通 2:当座 6:別段		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		(フリガナ) 取引口座名			

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 年 月 日	事業終了日	令和 年 月 日
科目	内容	支出額（円）	収入額（円）
	（※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（予定）のない科目は「0」と記入してください）	（収入（予定）のない場合は「0」と記入してください）
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_合計支出額（総事業費）		
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） ※ただし、b-cが「0」以下の場合は、「0」			
補助金交付申請額（円）（aとdのいずれか少ない額）			
補助金交付申請額（円）（aとdのいずれか少ない額）			
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。  
「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。

「はい」/「いいえ」のいずれかに「0」をつけてください。

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、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	いいえ

# 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」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)		施設名称	
補助申請額 (交付申請書(別紙)からの転記)		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。

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

A病院様

金額 ¥〇〇〇,〇〇〇 (税込)

---

株式会社××××

内訳

---



---

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

A病院様

金額 ¥一―,一― (税込)

---

株式会社▶▶▶

〇〇リース代      2021年1月～2021年12月分

・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

請求書

A病院様

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)を合わせて貼付していただく等、納品と支払が確認できる書類を添付してください。

**【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。

**【掲載資料一覧】**

申請時に使用する用紙

- 交付申請書
- 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

- 交付申請書（記載例）
- 別紙（記載例）
- 請求書（記載例）



令和 3 年 9 月 30日

文書の番号など管理される場合はこちらに入力ください

厚生労働大臣 殿

所在地	東京都千代田区霞が関〇〇〇
施設名称	〇〇病院
代表者名	〇〇〇

「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」の交付申請書

必ず、いずれか該当する方に「✓」を入れてください

<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 checked="" 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。

交付申請書（別紙）に記載の「補助交付申請額」を記載してください

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

- ・都道府県から交付された「診療・検査医療機関（仮称）」の指定通知書
- ・支出が確認できる書類（領収書等）

この様式を用いる場合、「・都道府県から交付された「診療・検査医療機関（仮称）」の指定通知書」の添付は必須です。

すべての支払が完了している場合は、領収書等の支出が確認できる書類を添付してください。一部でも支払が終わっていないものがありましたら、申請時には支出が確認できる書類は不要です。



**【表面】 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 9月 30日										医療機関等コードは、必ず10桁で記入してください。 ○1-2桁目：都道府県番号 ○3桁目：点数表番号 ○4-5桁目：郡市区番号 ○6-9桁目：医療機関等番号 ○10桁目：検証番号		
<b>I. 基本情報</b> (1)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)	9	8	7	6	5	4	2	3	1	0	施設名称	〇〇病院	
代表者職名	病院長			代表者氏名	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				
	総務部			●● ●●		030000000			@@@.@@@.@@@.@@@				
所在地	郵便番号					都道府県		市区町村以降					
	0	1	2	-	3	4	5	6	東京	千代田区〇〇町〇番〇号			

医療機関等コードは、必ず10桁で入力してください。  
 ○1-2桁目：都道府県番号  
 ○3桁目：点数表番号  
 ○4-5桁目：郡市区番号  
 ○6-9桁目：医療機関等番号  
 ○10桁目：検証番号  
 都道府県番号と点数表番号が判らない場合は、「（参考）都道府県番号・点数表番号一覧」のシートをご参照ください。

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を受領している  はい  いいえ

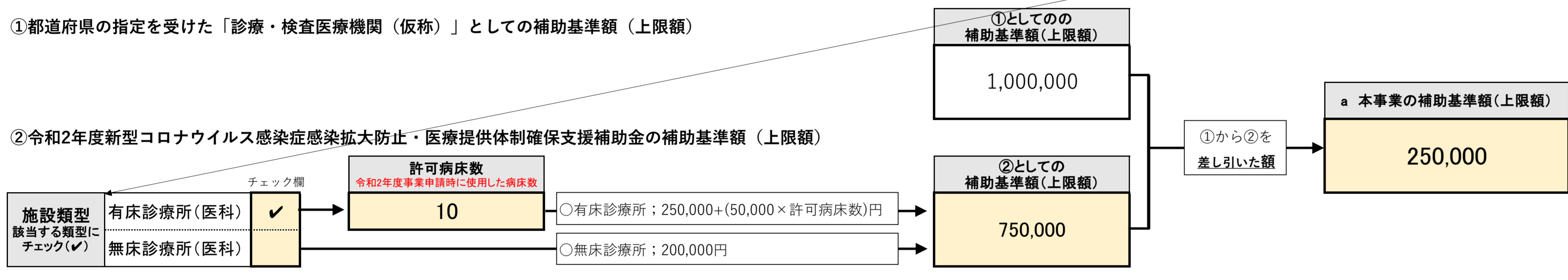
令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金の申請日以降に新たに都道府県の指定を受けた「診療・検査医療機関（仮称）」である。※1  はい  いいえ

※1 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。

「はい」/「いいえ」のいずれかに「○」をつけてください。いずれかが「いいえ」の医療機関が、本補助事業に申請する場合は、申請書（別紙）の様式が異なるのでご注意ください。

「有床診療所（医科）」、「無床診療所（医科）」のいずれかにチェックをしてください。この様式は、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補助を受けた医療機関のうち、同補助金の補助基準額（上限額）が100万円より低い医療機関であって、同補助金の申請日以降に新たに「診療・検査医療機関（仮称）」の指定を受けた医療機関用なので、「有床診療所（医科）」と「無床診療所（医科）」のみが該当します。

(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。



**必ず裏面も記入してください**

**【裏面】 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**

**II. 補助金の振込先**

金融機関名	△△銀行					金融機関コード	0	0	0	0	支店名	●●支店	支店コード	0	0	1
預金種類	2	口座番号(右詰め)	0 0 1 1 1 1 1 1					(フリガナ)		マルマルビュウイン						
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					取引口座名		〇〇病院							

希望される補助金の振込先を記入してください。

**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 9月 30日		
科目	内容	支出額(円)	収入額(円)				
支出	賃金・報酬	なし	0				
	謝金	なし					
	会議費	なし					
	旅費	医師の派遣の旅費		30,000			
	需用費	職員用マスク		50,000			
	役員費	なし		0			
	委託料	清掃委託		150,000			
	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		355,500			
	b 合計支出額（総事業費）	585,500					
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)	※ただし、b-cが「0」以下の場合は、「0」		585,500				
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】		250,000				

事業開始日には、申請内容にある支出のうち、最も早く支出される日付を記載してください。

事業終了日には、申請内容にある支出のうち、最も遅く支出される日付（支出額確定日）を記載してください。

各科目に該当する費用について、内容と支出額を記入して下さい。支出予定のない科目については内容に「なし」、支出額に「0」を記入してください。

例) 各科目、以下のような費用が考えられます。  
 (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
- ・役員費：コロナ感染により医療機関が休業した場合の医療機関への補償を行う保険の保険料 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：空気清浄機の購入費 等

上記の費用に対して、本補助金以外の寄附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」円を記載してください。

「はい」の場合は、領収書（写し）等の証拠書類の添付が必要になります  
 「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	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
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。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
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。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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が含まれている場合は、申請できませんので、ご確認の上、「はい」を選択してください。

他の補助金と重複する経費は本事業の補助対象外ですので、重複する経費が含まれていないことをご確認の上、「はい」を選択してください。

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ので、ご確認の上、「はい」を選択してください。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。



# 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」の交付申請書について、下記の通り請求します。

金 250,000 円

交付申請書（別紙）で算出した、補助申請額を記載してください

なお、上記金額は次の口座へお振り込みください。

交付申請書（別紙）に記載した口座を記載してください

金融機関名	△△銀行	支店名	●●支店
預貯金種別	当座預金	口座番号	11111111
(フリガナ)	マルマルビョウイン		
口座名	〇〇病院		
郵便番号	012-3456		
住所	東京都千代田区〇〇町〇番〇号		
交付申請 交付請求	令和3年9月30日		

施設名称 〇〇病院

代表者名 〇〇 〇〇印

官署支出官

厚生労働省大臣官房会計課長 殿