

# 患者受入医療機関支援事業

「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下「法」という。）」に基づき、新型コロナウイルス感染症の患者（疑似症患者を含む）の入院を受け入れている医療機関に対し、患者一人当たり30万円を給付するもの。  
その際、市町村から同種の支援金を受ける場合は、その金額を減額する。  
**本県で患者が発生した本年2月以降のすべての患者を対象とする。**

## 支給対象

法7条により準用される法第19条及び20条に基づき、新型コロナウイルス感染症の患者（法第8条による疑似症患者を含む）の入院を受け入れる医療機関

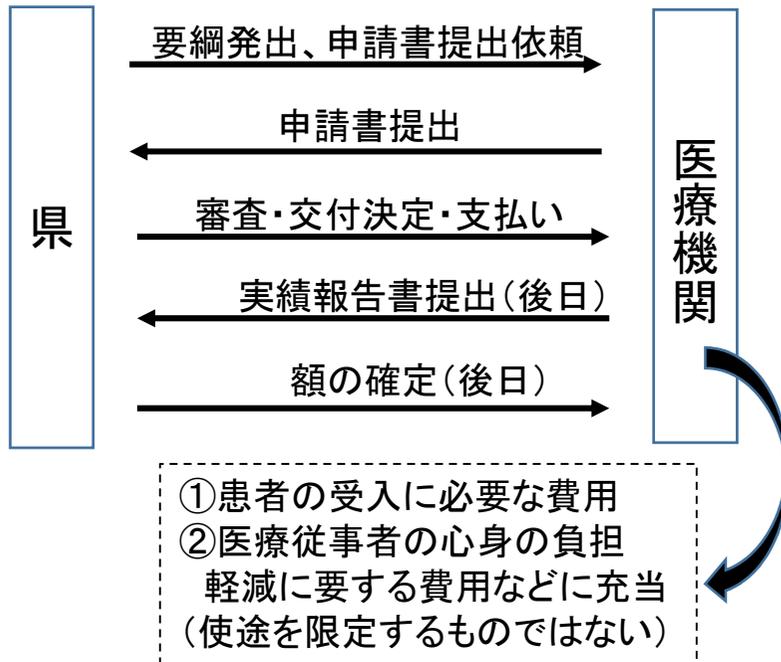
## 算定方法

**入院患者の数 × 30万円**  
（ただし、市町村から同種の支援金（※）を受ける場合はその金額を控除する。）

## ※同種の支援金

患者を受け入れることにより、当該患者を算定の基礎（患者一人当たり〇円）として市町村から給付されるものをいう。（例：福岡市、北九州市の患者受入1人当たり30万円を給付する事業など）

## 手続き(フロー)



様式1（第7条関係）

番 号  
令和2年9月25日

福岡県知事 殿

補助事業者  
所在地 **福岡市博多区東公園8-8**  
名称 **福岡県庁病院**  
代表者氏名 **院長 福岡 太郎** 印

令和2年度福岡県新型コロナウイルス感染症患者受入支援事業費補助金交付申請書

標記について、福岡県新型コロナウイルス感染症患者受入支援事業費補助金交付要綱第7条の規定に基づき下記により補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

記

- 補助金申請額 金 600,000 円  
(申請対象期間 令和2年〇月〇日～令和2年〇月〇日)  
※ 令和2年度内の日付を記入のこと。
- 経費所要額調書（様式1-2）
- 事業計画書兼所要額明細書（様式1-3）
- 誓約書（様式1-4）
- 誓約書別添照会様式（様式1-5）
- 支払先口座情報

項目	記入欄
(1) 債権者番号(6から始まる8桁の番号)※	<b>65432109</b>
(2) 銀行・支店名(全角漢字仮名)	<b>福岡銀行・県庁内支店 フクオカギンコウ・ケンチョウナイシテン</b>
(3) 銀行・支店コード番号※	<b>0177-213</b>
(4) 口座種別(当座・普通の別)	<b>当座</b>
(5) 口座番号(半角英数字)	<b>0123456</b>
(6) 口座名義人(全角漢字仮名)	<b>福岡県庁病院 院長 福岡 太郎</b>
(7) 口座名義人(半角仮)	<b>フクオカケンチョウビョウイン インチョウ フクオカ タロウ</b>

※(1) 債権者番号 (3) 銀行・支店コード番号はわかる範囲で記入。

- 添付書類
  - 歳入歳出予算書(見込書)の抄本
  - 支払先口座情報の(2) (4) (5) (7) が記載されている通帳等の写し
  - その他参考となる書類

経費所要額調書

申請事業者名 **福岡県庁病院**

項目	受入人数 (予定含む) (A) 人	基準額 (B) 円	総事業費 (C) = (A)*(B) 円	本事業として市町村からの補助金・寄付金その他の収入額 (D) 円	総事業費から市町村からの補助金・寄付金その他の収入額を控除した額 (E) = (C) - (D) 円	選定額 (F) = (C)(E)の最小値 円	補助金申請額 (G) = (F) 円	補助率 (H)
人数・金額	<b>2</b>	<b>300.000</b>	<b>600.000</b>		<b>600.000</b>	<b>600.000</b>	<b>600.000</b>	<b>10分の10</b>
合計	<b>2</b>	<b>300.000</b>	<b>600.000</b>		<b>600.000</b>	<b>600.000</b>	<b>600.000</b>	

※ この様式を電子で入力する場合、灰色の箇所のみ入力すれば、自動計算されます。手書きの方は、項目欄の(A)(B)～(H)に従って記入してください。

事業計画書兼所要額明細書

補助事業施設名 **福岡県庁病院** ←医療法人等で複数に施設を有する場合には、施設毎に入力してください。

1 入院受入患者及び入院期間の概要

入院受入人数	今回の申請に係る入院受入期間(例: R2.0.0~R2.0.0)
<b>2</b> 人	<b>R2.0.0</b> ~ <b>R2.0.0</b>

2 入院受入患者及び入院期間の詳細

年齢基準日	<b>R2.4.1</b>
-------	---------------

入院受入者名簿

	氏名	性別	生年月日 (例: R2.0.0)	年齢	住所(市区町村名ま で)	入院期間(例: R2.0.0 ~R2.0.0)	市町村補助金の受け入 れの有無(有もしくは無で 記載してください)	補助金支出した 市町村名	市町村の補助金 額	備考
<b>1</b>	<b>福岡 一郎</b>	<b>男性</b>	<b>H3.2.2</b>	<b>29</b>	<b>福岡市博多区</b>	<b>R2.4.2~R2.4.7</b>	<b>無</b>			
<b>2</b>	<b>福岡 二郎</b>	<b>男性</b>	<b>H3.3.3</b>	<b>29</b>	<b>福岡市博多区</b>	<b>R2.3.17~R2.5.29</b>	<b>無</b>			

※実績報告の際は、当該患者が補助事業者の施設に入院したことがわかる書類を添付してください(書類の種別は問いません。)

3 患者受入促進事業にかかる市町村から受け入れた補助金等

市町村の補助金の受け入れの有無(有・無)で回答してください。 **無**

受け入れた補助金の概要 ※複数市町村から受け入れている場合には、適宜行や欄を追加して入力してください

市町村名	
補助金等の金額	

誓 約 書

令和 2 年 9 月 1 日

福岡県知事 殿

所 在 地 **福岡市博多区東公園8-8**

名 称 **福岡県庁病院**

代表者氏名 **院長 福岡 太郎** 印

福岡県新型コロナウイルス感染症患者受入支援事業費補助金の交付申請に当たり、申請者及び申請者の全役員及び医療従事者支援事業の支援金を受領する者は下記のことを誓約します。

福岡県新型コロナウイルス感染症患者受入支援事業費補助金については、新型コロナウイルス感染症患者等の受け入れに必要な費用及び医療従事者の心身の負担軽減に要する費用（夜間勤務者の帰宅のためのタクシー代、宿泊に要する経費等を含む）に充当します。

この誓約の内容と事実が反することが判明した場合は、当該事実に関して福岡県が行う一切の措置に対して異議の申立てを行いません。

また、福岡県新型コロナウイルス感染症患者受入支援事業費補助金の交付決定後にこの誓約の内容と事実が反することが判明し、交付決定の全部又は一部が取り消された場合には、福岡県に対し、当該補助金の全部又は一部を返還します。

なお、この誓約書の内容について、福岡県が福岡県警察本部に照会することを承諾します。

記

- 1 申請者は、暴力団による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号。以下「法」という。)第2条第2号に規定する暴力団ではありません。
- 2 申請者は、法第2条第6号に規定する暴力団員が役員等になっている団体ではありません。
- 3 申請者は、暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者が役員等になっている団体ではあ
- 4 申請者及び申請者の役員等は、次に掲げる暴力団又は暴力団員と密接な関係を有する団体では  
ありません。  
 (1) 暴力団員が事業主又は役員に就任している団体  
 (2) 暴力団員が実質的に運営している団体  
 (3) 暴力団員であることを知りながら、その者を雇用し、又は使用している団体  
 (4) 契約の相手方が暴力団員であることを知りながら、その者と商取引に係る契約を締結している  
 団体  
 (5) 暴力団又は暴力団員に対して経済上の利益又は便宜を供与している団体  
 (6) 暴力団又は暴力団員と社会的に非難される関係を有している団体
- 5 申請者が実施する事業(事業の準備を含む。)により暴力団を利することとならないようにす  
るとともに、県が実施する暴力団の排除に関する施策に協力します。
- 6 上記のほか、関係法令を遵守するとともに、暴力団の排除を推進し、県民の安全で平穏な生活  
の確保及び福岡県における社会経済活動の健全な発展に寄与します。

役員及び支援金受領者一覽

役職名	(ふりがな) 氏名	性別	住所 (都道府県名)	生年月日
院長	( <b>ふくおか たろう</b> ) <b>福岡 太郎</b>	⊙男・女	<b>福岡県</b>	明・大・⊙昭・平・令 <b>46</b> 年 <b>1</b> 月 <b>1</b> 日

※ 役員は全員を記載すること。

役職名	(ふ り が な) 氏 名	性別	住 所 (都道府県名)	生年月日
理事	( ふくおか はなこ ) 福岡 花子	男・女	福岡県	明・大・昭・平・令 47年 2月 2日
監事	( ふくおか よしこ ) 福岡 良子	男・女	福岡県	明・大・昭・平・令 46年 3月 3日

※ 役員は全員を記載すること。

暴力団排除照会様式

様式1-5

誓約書別添照会様式

医療機関名	福岡県庁病院
所属課名	総務課
担当者名	福岡 健太郎
電話番号(内線番号)	092-643-3344

様式1号の5「誓約書」中の役員一覧に記載した役員について、福岡県警察本部に照会するため、以下の欄に該当する情報の記入をお願いします。

氏名カナ (半角カナ、姓と名は 半角スペースで分 ける)	氏名 (姓と名は全角ス ペースで分ける)	生年月日				性別 男性 :M 女性 :F	暴力団排除の根拠規定	対象事業名(事業・大会等の名称)	県庁所管課名	医療機関名	医療機 関担当者
		元号 大正:T 昭和:S 平成:H	年	月	日						
フクオカハナコ	福岡 花子	S	47	2	2	F	補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルス感染症患者受入支援事業	がん感染症疾病対策課	福岡県庁病院	福岡
フクオカヨシコ	福岡 良子	S	46	3	3	F	補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルス感染症患者受入支援事業	がん感染症疾病対策課	福岡県庁病院	福岡

入力上の留意点

- 1 列追加の不可、行追加は可。
- 2 外国人で日本名もある場合は、各々一列に入力すること。
- 3 アルファベット氏名はカタカナで入力すること。
- 4 常用漢字ではない文字が氏名に使用されている場合は、簡体字を当ててください。
- 5 適当な簡体字がない場合は、欄ごと空白としてください。
- 6 照会データは一つのSHEETにまとめてください。(複数のSHEETは不可)