

令和 4 年 6 月 27 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

令和 4 年度新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療機関の
継続・再開支援に要する事業費補助金について

今般、標記の件につきまして、別添のとおり福岡県保健医療介護部より連絡がありました。

本補助金は、新型コロナウイルス感染症により、休業・診療縮小を余儀なくされた医療機関に対して、継続・再開の支援を行うことにより、地域において必要な診療機能を維持することを目的に、HEPA フィルター付き空気清浄機の設置及び消毒経費への補助を実施するものです。

つきましては、貴会におかれましても本件について了知いただき、貴会会員への周知方よろしくお願いいたします。

記

(1) 対象医療機関

本補助金の対象医療機関については、新型コロナウイルス感染症患者が発生したことにより、医療機関の全部の休業、入院業務の休止、外来業務の休止、入院病棟の一部休棟、新規入院の休止、外来の一部閉鎖を行った医療機関を対象としています。

(2) 補助対象経費（補助率 1/2）

令和 4 年 4 月 1 日から令和 4 年 9 月 30 日までに実施する次の経費について補助します。

ア HEPA フィルター付き空気清浄機（陰圧対応可能なものに限る。）設置に係る経費

上限額 1 台当たり 905,000 円、1 施設当たりの上限は 2 台（歯科診療所は対象となりません）

イ 消毒経費

上限額 1 施設当たり 600,000 円

(3) 交付申請の締切日について

令和 4 年 7 月 15 日（金）

（※期日以降は、個別相談のうえ対応）

新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療機関の 継続・再開支援に要する事業費補助金交付要綱

(通則)

第1条 新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療機関の継続・再開支援に要する事業費補助金（以下「補助金」という。）については、予算の範囲内において補助金を交付するものとし、福岡県補助金等交付規則（昭和33年福岡県規則第5号）に定めるもののほか、この要綱に定めるところによる。

(交付の目的)

第2条 この補助金は、新型コロナウイルス感染症により休業・診療縮小を余儀なくされた医療機関に対して、継続・再開の支援を行うことにより、地域において必要な診療等の機能を維持することを目的とする。

(交付の対象)

第3条 この補助金の対象となる経費は、新型コロナウイルス感染症により、休業・診療縮小を余儀なくされた医療機関が、診療の継続・再開時に必要とする次の各号に掲げる経費のうち、知事が認める経費（以下「対象経費」という。）とし、基準額、対象経費及び補助率については、別表のとおりとする。

- (1) H E P Aフィルター付き空気清浄機（陰圧対応可能なものに限る。）設置に係る経費
- (2) 消毒経費

ただし、(1)については歯科診療所を除く。

2 前項の規定にかかわらず、事業者が次の各号のいずれかに該当する場合は、補助の対象としない。

- (1) 暴力団員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
- (2) 法第2条第6号に規定する暴力団員が役員となっている団体
- (3) 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となっている団体
- (4) 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
 - ア 暴力団員が事業主又は役員に就任している団体
 - イ 暴力団員が実質的に運営している団体
 - ウ 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
 - エ 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
 - オ 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
 - カ 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

3 補助金の交付の対象となる期間は、補助金の交付決定の時期にかかわらず、交付決定の日あった日の属する年度の4月1日から9月30日までとする。

(補助金の算定方法)

第4条 補助金の交付額は、次により算出された額（1,000円未満の端数は切り捨てた額とする。）に別表第3欄に定める補助率を乗じた額とする。

- (1) 別表第1欄に定める基準額と第2欄に定める対象経費の実支出額とを比較して少ない方の額を選定する。
- (2) 前号により選定された額と総事業費から当該事業に係る寄付金その他の収入額を控除した額とを比較して少ない方の額を選定する。

(補助金の交付条件)

第5条 補助金の交付の決定には、次の各号に掲げる条件を付すものとする。

- (1) 購入価格が単価30万円以上の品目及びその数量を変更する場合には、事業内容変更承認申請書(様式第1号)により知事の承認を受けなければならない。
- (2) 事業を中止し、又は廃止する場合には、知事の承認を受けなければならない。
- (3) 事業が予定の期間内に完了しない場合又は事業の遂行が困難となった場合には、速やかに知事に報告してその指示を受けなければならない。
- (4) 事業により取得し、又は効用の増加した価格が単価30万円以上の機械、器具及びその他の財産については、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律施行令(昭和30年政令第255号。以下「施行令」という。)第14条第1項第2号の規定により、厚生労働大臣が別に定める期間を経過するまで、知事の承認を受けずに、この補助金の交付の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け、担保に供し、取壊し又は廃棄してはならない。
- (5) 知事の承認を受けて財産を処分することにより収入があった場合には、その収入の全部又は一部を県に納付させることがある。
- (6) 事業により取得し、又は効用の増加した財産については、事業の完了後においても善良な管理者の注意をもって管理するとともに、その効率的な運営を図らなければならない。
- (7) 事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出について証拠書類を整理し、かつ、当該帳簿及び証拠書類を補助金の額の確定の日(事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、その承認を受けた日)の属する年度の終了後5年間保管しておかななければならない。

ただし、事業により取得し、又は効用の増加した価格が単価30万円以上の財産がある場合は、前記の期間を経過後、当該財産の財産処分が完了する日、又は施行令第14号第1項第2号の規定により厚生労働大臣が別に定める期間を経過する日のいずれか遅い日まで保管しておかななければならない。

- (8) 事業完了後に、消費税及び地方消費税の申告により補助金に係る消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額が確定した場合(仕入控除税額が0円の場合を含む。)は、消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書(様式第2号)により速やかに、遅くとも補助事業完了日の属する年度の翌々年度6月20日までに知事に報告しなければならない。

なお、事業者が全国的に事業を展開する組織の支部(又は一支社、一

支所等)であって、自ら消費税及び地方消費税の申告を行わず、本部(又は本社、本所等)で消費税及び地方消費税の申告を行っている場合は、本部の課税売上割合等の申告内容に基づき報告を行うこと。

- (9) 補助金に係る仕入控除税額があることが確定した場合には、当該仕入控除税額を県に返還しなければならない。
- (10) 地方公共団体以外の事業者が事業を行うために締結する契約については、一般競争入札に付するなど県が行う契約手続の取扱いに準拠しなければならない。
- (11) 事業者は、この補助金の対象経費と重複して、他の補助金等の交付を受けてはならない。

(申請手続)

第6条 事業者は、補助金の交付を受けようとするときは、交付申請書(様式第3号)を知事に提出しなければならない。

- 2 知事は、前項の規定による申請があった場合において、その内容を審査し、適当と認めるときは、交付決定を行い、交付決定通知書(様式第4号)により事業者へ通知するものとする。

(変更申請手続)

第7条 この補助金の交付決定後の事情により申請の内容を変更して追加交付申請等を行う場合には、変更交付申請書(様式第5号)を知事に提出しなければならない。

- 2 知事は、前項の規定による申請があった場合において、その内容を審査し、適当と認めるときは、変更交付決定を行い、変更交付決定通知書(様式第6号)により事業者へ通知するものとする。

(概算払)

第8条 事業者は、補助金の概算払を受けようとするときは、概算払請求書(様式第7号)により知事に請求しなければならない。

- 2 知事は、前項の規定による請求があった場合において、その内容を審査し、適当と認めるときは補助金の全部又は一部について概算払をするものとする。

(実績報告)

第9条 補助金の交付決定を受けた者は、事業が完了したときは、実績報告書(様式第8号)を、事業の完了の日(交付決定日が事業完了後の場合は、交付決定通知を受領した日)から起算して1月を経過した日(第5条第2号により事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、当該承認通知を受領した日から1月を経過した日)又は交付決定を受けた翌年度の4月10日までのいずれか早い日までに知事に提出して行わなければならない。

附 則

この交付要綱は、令和2年5月25日から施行し、令和2年度から令和4年度までの補助金に適用する。

附 則

この交付要綱は、令和3年6月14日から施行し、令和3年度から令和4年度までの補助金に適用する。

附 則

この交付要綱は、令和3年10月6日から施行し、令和3年度から令和4年度までの補助金に適用する。

附 則

この交付要綱は、令和3年12月2日から施行し、令和3年度から令和4年度までの補助金に適用する。

附 則

この交付要綱は、令和4年5月31日から施行し、令和4年度の補助金に適用する。

別表（第4条関係）

1 基準額	2 対象経費	3 補助率
<p>次により算出された額の合計額</p> <p>(1) HEPA フィルター付き空気清浄機(陰圧対応可能なものに限る)</p> <p>上限は1台あたり 905,000円</p> <p>※1施設あたりの上限は2台</p> <p>(2) 消毒費用等</p> <p>1施設あたり 600,000円</p>	<p>事業者が診療を継続・再開するために必要な需用費(消耗品費)、委託料、使用料及び賃借料、備品購入費</p>	<p>2分の1</p>

新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療機関の継続・再開支援に要する事業費補助金
【 令和4年度 申請要領 】

■ 1 目的

新型コロナウイルス感染により、休業・診療縮小を余儀なくされた医療機関に対して、継続・再開の支援を行うことにより、地域において必要な診療機能を維持することを目的としています。

■ 2 対象医療機関・補助対象経費について

(1) 対象医療機関

本補助金の対象医療機関については、新型コロナウイルス感染症患者が発生したことにより、医療機関の全部の休業、入院業務の休止、外来業務の休止、入院病棟の一部休棟、新規入院の休止、外来の一部閉鎖を行った医療機関を対象としています。

(2) 補助対象経費（補助率1/2）

令和4年4月1日から令和4年9月30日までに実施する次の経費について補助します。

ア HEPAフィルター付き空気清浄機（陰圧対応可能なものに限る。）設置に係る経費

上限額1台当たり905,000円、1施設当たりの上限は2台（歯科診療所は対象となりません）

イ 消毒経費

上限額1施設当たり600,000円

【補助対象についての留意点】

- 交付決定を受けている設備等については、必ず令和4年9月30日までに納品を完了していただきますようお願いいたします。
- 補助対象となるのは、事業の実施に直接必要なものに限ります。直接的な必要性が認められない場合は対象経費から除外するケースもありますので、疑問が生じた場合はあらかじめ事業第2班までご相談ください。
- このほか、具体的補助対象に関する不明点については、お問い合わせください。

■ 3 交付（変更交付）申請の締切日について

令和4年7月15日（金）【厳守】

- ※1 締切日以降の申請については、補助金の交付ができない場合がありますので、期日内に申請してください。
- ※2 締切日以降に、補助対象医療機関に該当する事由が新たに生じた場合はご相談ください。
- ※3 申請にあたっては、電子メールで申請書類等を事前に提出いただき、事前審査終了後、交付（変更交付）申請書原本の郵送での提出をお願いしますので、事前審査を経ずに原本を郵送することはお控えください。

【提出・お問い合わせ先】

補助金についてのお問い合わせや各種手続きに係るデータの提出は、以下の電子メールアドレスにお願いします。

○ 電子メールアドレス coronazigyoku3@pref.fukuoka.lg.jp

※ 電子メールの表題に【継続・再開支援に要する事業費補助金申請（または問い合わせ）（○病院）】の文言を記載し、電子メール本文に補助金申請の担当者の所属、氏名、電子メールアドレス、電話番号（直通電話）を記載してください。

■ 4 申請の流れについて

（1）事前審査

① 提出書類データの事前提出

交付申請書（原本）の郵送での提出前に、提出書類の事前チェックを行います。

【提出書類チェックリスト】記載の①～⑨の書類を、事前に上記の電子メールアドレスまで電子データで送付してください。

なお、①～⑦についてはPDF形式ファイルではなくエクセル形式ファイルで送付してください。（⑧、⑨はPDF形式でも構いません。）

データの提出後、1か月以上県から連絡がない場合は電話にてお問い合わせください。

※ 1 ⑩債権者登録申出書について

支払いを希望される口座の通帳の写しをご提出いただき、県での登録状況を確認します。登録されていない場合、もしくは違う口座が登録されている場合には、債権者登録申出書の提出についてご案内します。

なお、債権者登録申出書については、押印の必要がありませんので、メールでご提出いただいている場合は郵送での提出は不要です。

※ 2 市町村等の補助金を申請・受領している場合

補助金の対象となる経費に対し、重複して他の補助金等の交付を受けることは出来ません。市町村等が実施する同様の補助金を申請している（予定を含む）場合は、その金額を控除した額が補助金の対象額となります。申請（予定を含む）又は受領している場合は、申請額がわかる書類（交付申請書、交付決定書通知書、額の確定通知書等の写し）を添付し、送付してください。

② 県からの事前審査の結果通知

事前審査の結果、書類に不備がある場合には、修正をお願いし、修正データを提出いただいた後、県で再度チェックを行います。

書類に不備がなければ、交付申請書（原本）の郵送での提出をメール等でお願いますので、下記（2）のとおり提出してください。

(2) 申請書の提出

(1) ②の連絡後、【提出書類チェックリスト】の書類を①～⑨の順に並べ、②、⑥に署名又は記名押印のうえ、以下の宛先まで1部郵送で提出してください。その際に、封筒に【継続・再開支援に要する事業費補助金申請書在中】と記載してください。

※⑧、⑨については、事前審査の際にデータで提出いただいている場合は郵送での提出は不要です。

郵送先 〒812-8577 福岡市博多区東公園7番7号
福岡県新型コロナウイルス感染症対策本部 事業第2班宛

(3) 交付決定

申請内容について、県で審査の上、交付決定を行います。

(4) 変更交付申請・変更交付決定

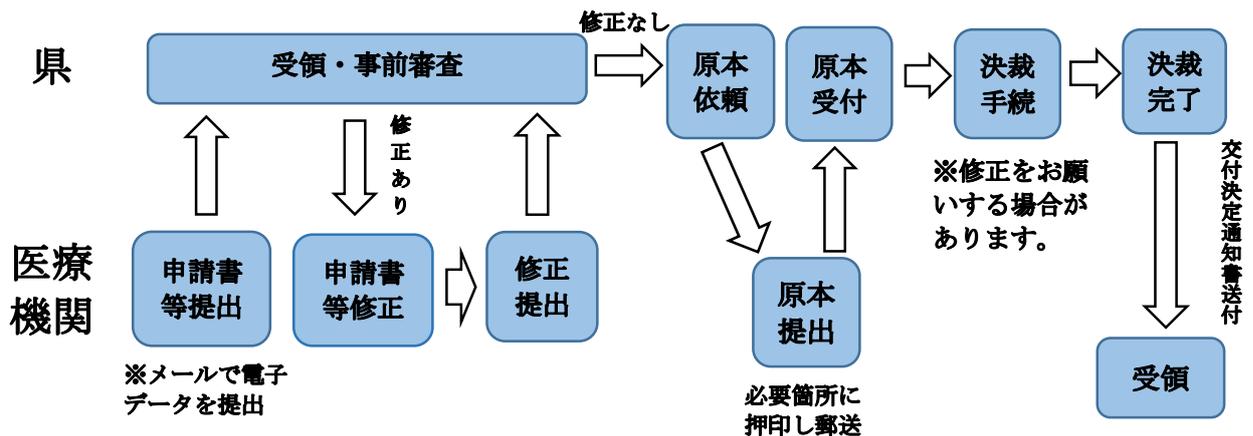
(3)の交付決定後、申請内容に変更が生じた場合は、変更交付申請の手続きが必要となります。変更交付申請の手続きを行っていない場合は、原則補助金の交付対象と出来ませんので、ご注意ください。

変更交付申請の手続きの流れは、交付申請時と概ね同様の流れ（(2)～(3)）となります。

申請書類は、②変更交付申請書（様式第5号）と【提出書類チェックリスト】記載の①、③～⑧の書類の提出が必要です。

なお、申請前に事業第2班までご連絡ください。

交付申請及び変更交付申請フロー図



※申請が集中している場合や申請書に修正等がある場合は、審査に1か月以上時間を要する場合があります。準備ができ次第速やかに申請ください。

(5) 概算払

交付決定後、必要と認められる場合は、事業完了前に概算払を行いますので、概算払請求書(様式第7号)を前述の郵送先までご提出ください。

なお、概算払を希望される場合は、事前に事業第2班までご連絡ください。

(6) 実績報告の提出

① 報告書類データの事前の提出

事業完了後(※)、1か月以内に【提出書類チェックリスト】記載の⑪～⑬の書類を、前述の電子メールアドレスまで送付してください。

※事業完了の時期については、交付要綱第9条参照

その際、⑪～⑬、⑬の様式データはPDF形式ではなくエクセル形式ファイルで送付してください。

② 市町村等の補助金を申請・受領している場合

補助金の対象となる経費に対し、重複して他の補助金等の交付を受けることは出来ません。市町村等が実施する同様の補助金を申請している(予定を含む)場合は、その金額を控除した額が補助金の対象となります。申請(予定を含む)又は受領している場合は、申請額がわかる書類(交付申請書、交付決定通知書、額の確定通知書等の写し)を添付し、送付してください。

なお、重複して受領した金額については、その額を減額して額の確定をします。

③ 県からの事前審査の結果通知

事前審査の結果、書類に不備がある場合には、修正をお願いし、修正データをご提出いただいた後、県で再度チェックを行います。

書類に不備がなければ、(7) 額の確定・精算払を行います。

※実績報告については、原則押印廃止のため、郵送での提出は不要ですが、支出証拠書類等への押印等が必要な場合は先に郵送による提出依頼を行いますので、依頼のあった書類を以下の宛先まで1部提出してください。その際に、封筒に【継続・再開支援に要する事業費補助金実績報告書在中】と記載してください。

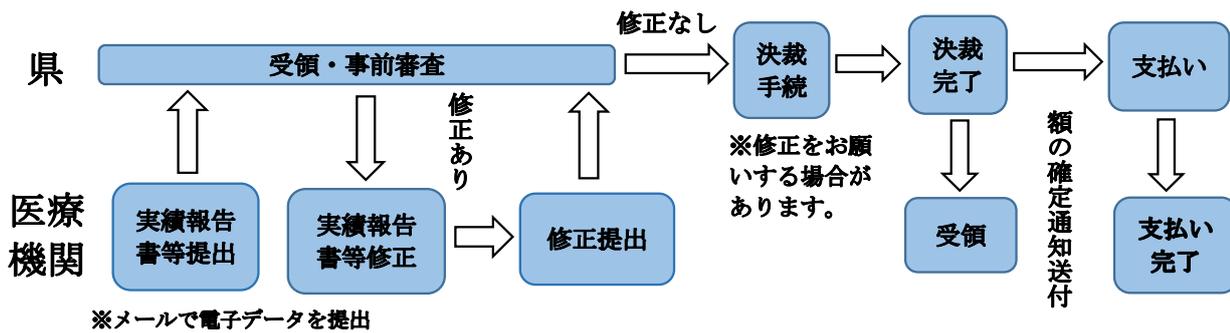
郵送先 〒812-8577 福岡市博多区東公園7番7号

福岡県新型コロナウイルス感染症対策本部 事業第2班宛

(7) 額の確定・精算払

提出された実績報告書を県で審査後、額の確定通知書を送付します。その後、交付申請時に示された口座に支払います。

実績報告フロー図



※申請が集中している場合や報告書に修正等がある場合は、支払いまでに時間を要する場合があります。準備ができ次第、速やかに申請ください。

(8) 消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書の提出

事業完了後に、消費税及び地方消費税の申告により、補助金に係る消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額が確定した場合は、「消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書(様式第2号)」を、事業完了日の属する年度の翌々年度6月20日(令和4年度に事業が完了した場合は、令和6年度)までに提出いただく必要があります。(控除額が0円の場合も提出が必要ですので、事業終了年度の属する決算又は確定申告の完了後に必ず提出してください。)

なお、事業者が全国的に事業を展開する組織の支部(又は一支社、一支所等)であり、自ら消費税及び地方消費税の申告を行わず、本部(又は本社、本所等)で消費税及び地方消費税の申告を行っている場合は、本部の課税売上割合等の申告内容に基づき報告書(様式第2号)を提出してください。

■ 5 申請に当たっての留意事項について

(1) 全般的事項

- 実績報告時に計上できるのは交付決定時に認められた内容のみです。
申請時に明確な数量が不明の場合は、不足が生じない数量を検討のうえ申請してください。交付決定後に補助対象を追加する場合は変更交付申請が必要となりますので、速やかにご相談ください。(事業期間終了後は変更交付申請ができませんのでご注意ください。)
- 補助金の実績報告では、原則すべての購入物の規格(型式)、数量、金額、納品日、支払日が確認できる支出証拠書類(後述参照)が必要となります。不足がないよう準備をお願いします。
- この補助金の対象経費と重複して、他の補助金等の交付を受けることはできません。
- 事業実施に当たり、事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出について証拠書類を整理し、かつ、当該帳簿及び証拠書類を補助金の額の確定の日(事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、その承認を受けた日)の属する年度の終了後、5年間保管してください。

(2) 事業実施時

① 管理シール貼付と管理表の作成・管理

- 本事業の補助金にて購入した機械、器具及びその他の財産については、管理表の作成および管理シールの貼付をお願いします。

本事業終了後、会計検査院による実地調査が行われる場合があります。この管理表と管理シールの貼付は、この実地調査にて速やかな現物確認に資するほか、事業目的に沿った利用及び管理を実施していることを証明するものです。

なお、作成した管理表と管理シールを貼り付けた写真(全体+シールのアップ)は、実績報告に添付して提出が必要です。

次頁に示す記載事項および対象物のとおり作成・貼付をお願いします。

② 備品の処分

補助事業により取得し、又は効用の増加した価格が単価30万円以上の備品については、厚生労働省の定める財産の処分制限期間(※)を経過するまでは、知事の承認を受けず廃棄等を行うことはできません。廃棄等を行う場合は、「事業財産処分承認申請書」を提出し、承認を受ける必要があります。処分等が必要になった場合は、事業第2班までご連絡ください。

(※) 処分制限期間については、次のURLをご覧ください。

URL : https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/gyomu/bu_ka/kenko_fukushi/koufu/21.html

□ 以下に示す記載事項および対象物をご確認いただき、適宜ご対応をお願いします。

【記載事項】

- ・管理シールには以下の項目を必須記載事項とします。
- ・管理シールは文字が読めるものであれば、大きさや色等は問いません。機器ごとに作成し見えるところに貼付してください。

※一体となっているものは、部品ごとではなく、1か所に貼付してください。

管理シールへの必須記載事項 ※事業名は下図作成例のとおり記載してください。

管理シール作成例

事業名	令和4年度新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療機関の継続・再開支援に要する事業費補助金
物品名（財産名）	HEPAフィルター付き空気清浄機 AAA
管理番号	R04-機器 0001
所有者	●●●病院
設置場所	●●●病院・1階●●室
製造者	●●●●●株式会社
取得年月日	令和4年5月10日

管理表の記載事項

区分	財産名	管理番号	所有者	設置場所 (保管場所)	製造者	取得年月日	規格	数量	単価	金額	耐用年数	補助率	備考

【対象物】

管理表と管理シールの作成の対象となるものは、本事業にて取得した以下のものです。

- ・本補助事業により取得し、又は効用の増加した価格が単価30万円以上の財産全て

※ 具体的に管理対象となるものか判断が難しい物品については、随時、事業第2班に確認してください。

【実績報告に必要な添付書類（支出証拠書類）】

（1）支払確認書類、納品確認書類

支払実績が分かる書類（支払確認書類）として、領収書の写し（※）を提出してください。

また、領収書の写しのみでは、補助対象物品の宛名、規格（型式）、数量、金額、納品日、支払日が確認できない場合は、これらが分かる納品書、請求書等（納品確認書類）を併せて提出してください。

なお、支払確認書類や納品確認書類については、規格（型式）、数量、金額、納品日、支払日が分かるようマーカーで目印を付けてください。

※ 原則、領収書の写しの提出が必要です。ただし、領収書が提出できない場合は、振込明細書や通帳の振込が分かる部分の写し等の提出に代えられる場合がありますので、その際にご相談ください。

（領収証の例）

上様、個人名ではなく、団体名を記載してください。	令和〇年〇月〇日																										
領 収 書																											
〇〇病院 様																											
<u>¥880,000 -</u>																											
上記金額正に領収しました。 但し、以下の納品物に係る代金として	社印の押印が必要																										
	〇〇株式会社 代表取締役 △△ 印																										
1 納品実績																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th>納品日</th><th>区分</th><th>メーカー名</th><th>商品名</th><th>単価(税込)</th><th>数量</th><th>小計(税込)</th></tr></thead><tbody><tr><td>〇月〇日</td><td>HEPAフィルター付き空気清浄機</td><td>〇〇</td><td>〇〇</td><td>880,000円</td><td>1台</td><td>880,000円</td></tr><tr><td colspan="6" style="text-align: center;">合計</td><td>880,000円</td></tr></tbody></table>							納品日	区分	メーカー名	商品名	単価(税込)	数量	小計(税込)	〇月〇日	HEPAフィルター付き空気清浄機	〇〇	〇〇	880,000円	1台	880,000円	合計						880,000円
納品日	区分	メーカー名	商品名	単価(税込)	数量	小計(税込)																					
〇月〇日	HEPAフィルター付き空気清浄機	〇〇	〇〇	880,000円	1台	880,000円																					
合計						880,000円																					

（通帳の写しの例）

日付	摘要	お支払い金額	お預かり金額	お預かり金残額
04.07.31	〇〇振込	1,000,000	〇〇株式会社	

(2) 写真

30万円を超える備品については、納品されたことが分かる写真(※)を添付してください。
なお、管理シールの写真も併せて添付してください。

※ 補助対象物品の全景が分かるように撮影してください。

(3) その他

(1)、(2)のほか、審査の過程で県が必要と判断した場合は、追加で書類や写真を求めることがありますのでご了承ください。

【提出書類チェックリスト】

交付申請時（変更申請含む）			実績報告時		
番号	書類名	チェック欄	番号	書類名	チェック欄
①	チェックシート	<input type="checkbox"/>	⑪	(様式第8号) 実績報告書	<input type="checkbox"/>
②	(様式第3号又は様式第5号) 補助金交付（変更交付）申請書	<input type="checkbox"/>	⑫	(様式第8号 別紙（1）） 経費所要額精算書	<input type="checkbox"/>
③	(様式第3号 別紙（1）） 経費所要額調書	<input type="checkbox"/>	⑬	(様式第8号 別紙（2）） 設備整備事業精算額内訳	<input type="checkbox"/>
④	(様式第3号 別紙（2）） 設備整備事業所要額内訳	<input type="checkbox"/>	⑭	(様式第8号 別紙（3）） 事業実績報告書	<input type="checkbox"/>
⑤	(様式第3号 別紙（3）） 事業計画書	<input type="checkbox"/>	⑮	歳入歳出決算（見込）書抄本	<input type="checkbox"/>
⑥	(誓約書) 変更申請の場合は、当初申請時から 役員の変更があった場合のみ要提出	<input type="checkbox"/>	⑯	支出証拠書類 ※交付要領8ページの「実績報告に 必要な添付書類（支出証拠書類）」 参照	<input type="checkbox"/>
⑦	歳入歳出予算書抄本	<input type="checkbox"/>	⑰	補助事業の概要を示す写真 （購入した空気清浄機の設置後写 真、消毒作業の契約書写し等）	<input type="checkbox"/>
⑧	見積書等の写し （購入する物品の数・単価・詳細がわ かる資料の写しやカタログ等）	<input type="checkbox"/>	⑱	管理表 ※本補助事業で取得又は効用が増 加した単価30万円以上の財産が ある場合	<input type="checkbox"/>
⑨	通帳等の写し（銀行・支店名（4）口座 種別（当座・普通の別）（5）口座番号 （7）口座名義人（半角ｶﾀｶﾅ）が記載）（変 更申請の場合は、当初申請時から口 座の変更があった場合のみ要提出）	<input type="checkbox"/>			
⑩	債権者登録申出書 （債権者登録を行っていない、又は 登録内容に変更がある場合）	<input type="checkbox"/>			

福岡県知事 殿

所 在 地 所在地を入力してください

事 業 者 名 医療機関名を入力してください

代 表 者 氏 名 署名または記名押印

令和4年度新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療機関の
継続・再開支援に要する事業費補助金交付申請書

このことについて、新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療機関の継続・再開支援に要する事業費補助金交付要綱第6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

1 申 請 額 金 0 円

2 経費所要額調書 (別紙(1)のとおり)

3 設備整備事業所要額内訳 (別紙(2)のとおり)

4 事業計画書 (別紙(3)のとおり)

5 添付書類

- (1) 誓約書
- (2) 歳入歳出予算書抄本
- (3) 見積書の写し等
- (4) その他参考となる資料

6 支払先口座情報（通帳の写しを添付 (2)～(7)を確認できる部分)

項目	記入欄
(1) 債権者番号(6から始まる8桁の番号)※	
(2) 銀行・支店名(全角漢字仮名)	
(3) 銀行・支店コード番号※	
(4) 口座種別(当座・普通の別)	
(5) 口座番号(半角英数字)	
(6) 口座名義人(全角漢字仮名)	
(7) 口座名義人(半角ｶﾀ)	

※(1)債権者番号(3)銀行・支店コード番号は分かる範囲で記入。

様式第3号 別紙(1)

経費所要額調書

1 所要額内訳

区分	総事業費 (A)	寄付金その他の 収入予定額 (B)	差引額 ((A)-(B)) (C)	対象経費の 支出予定額 (D)	基準額 (E)	選定額 ((D), (E) いずれか 少ない額) (F)	補助基本額 ((C), (F) いずれか 少ない額) (G)	補助所要額 ((G) × 1/2) ※千円未満切り捨て (H)	既交付 決定額 (I)	差引交付(追加 交付)申請額 ((H)-(I)) (J)	備考
	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
HEPAフィルター付 空気清浄機						0	0	0	/	/	
消毒経費						0	0	0			
合 計	0	0	0	0	0	0	0	0		0	

注 1 設備整備事業所要額内訳については、別紙(2)のとおり。

注 2 (E)欄について

空気清浄機欄の上限額は1台当たり90万5千円、上限台数は1施設当たり2台

消毒経費欄の上限額は1施設当たり60万円

注 3 (H)欄は千円未満切り捨て

設備整備事業所要額内訳

事業者名：医療機関名を入力してください

交付の事業内容

区 分	支 出 予 定 額	積 算 内 訳
	円	
合計	0	

事業計画書

事業者名：医療機関名を入力してください

方法等	実施時期	内 容

誓約書

令和 年 月 日

福岡県知事 殿

所在地 所在地を入力してください

名称 医療機関名を入力してください

代表者氏名 署名または記名押印

新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療機関の継続・再開支援に要する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は下記のことを誓約します。

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、新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療機関の継続・再開支援に要する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りません。
- 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
- 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。

役員一覧

役職名	(ふりがな) 氏名	性別	住所 (都道府県名)	生年月日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日

※ 役員全員を記載すること。

歳入歳出予算書抄本

事業者名 医療機関名を入力してください
事業名 令和4年度新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療機関の
継続・再開支援に要する事業費補助金

(歳入)

(単位：円)

費目	金額	備考
自己資金	0	
県補助金	0	
その他		
合計	0	

(歳出)

費目	金額	備考
設備整備事業費	0	
合計	0	

この抄本は、原本と相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

所在地 所在地を入力してください

事業者名 医療機関名を入力してください

代表者氏名 署名または記名押印

福岡県知事 殿

所在地 福岡市博多区東公園7-7

事業者名 医療法人 県庁病院

代表者氏名 理事長 福岡 太郎

令和4年度新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療機関の
継続・再開支援に要する事業費補助金交付申請書

このことについて、新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療機関の継続・再開支援に要する事業費補助金交付要綱第6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

- 1 申請額 金 300,000 円
- 2 経費所要額調書 (別紙(1)のとおり)
- 3 設備整備事業所要額内訳 (別紙(2)のとおり)
- 4 事業計画書 (別紙(3)のとおり)
- 5 添付書類
(1) 誓約書
(2) 歳入歳出予算書抄本
(3) 見積書の写し等
(4) その他参考となる資料

6 支払先口座情報（通帳の写しを添付 (2)～(7)を確認できる部分）

項目	記入欄
(1) 債権者番号（6から始まる8桁の番号）※	61234567
(2) 銀行・支店名（全角漢字仮名）	県庁銀行・県庁支店
(3) 銀行・支店コード番号※	1234・123
(4) 口座種別（当座・普通の別）	普通
(5) 口座番号（半角英数字）	1234567
(6) 口座名義人（全角漢字仮名）	医療法人 県庁病院 理事長 福岡太郎
(7) 口座名義人（半角カナ）	リョウホウジンケンチョウビョウイン リヂョウ フカハ タロウ

※（1）債権者番号（3）銀行・支店コード番号は分かる範囲で記入。

様式第3号 別紙(1)

経費所要額調書

1 所要額内訳

区分	総事業費 (A)	寄付金その他の 収入予定額 (B)	差引額 ((A)-(B)) (C)	対象経費の 支出予定額 (D)	基準額 (E)	選定額 ((D), (E) いずれか 少ない額) (F)	補助基本額 ((C), (F) いずれか 少ない額) (G)	補助所要額 ((G) × 1/2) ※千円未満切り捨て (H)	既交付 決定額 (I)	差引交付(追加 交付)申請額 ((H)-(I)) (J)	備考
	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
HEPAフィルター付 空気清浄機						0	0	0	/	/	
消毒経費	600,000	0	600,000	600,000	600,000	600,000	300,000				
合 計	600,000	0	600,000	600,000	600,000	600,000	600,000	300,000	0	300,000	

注 1 設備整備事業所要額内訳については、別紙(2)のとおり。

注 2 (E)欄について

空気清浄機欄の上限額は1台当たり90万5千円、上限台数は1施設当たり2台

消毒経費欄の上限額は1施設当たり60万円

注 3 (H)欄は千円未満切り捨て

設備整備事業所要額内訳

事業者名：医療法人 県庁病院

交付の事業内容

区 分	支 出 予 定 額	積 算 内 訳
消毒経費	円 600,000	噴き付け清拭消毒
合計	600,000	

事業計画書

事業者名：医療法人 県庁病院

方法等	実施時期	内 容
噴き付け清拭消毒	7月1日	○月○日に職員3名がPCR検査陽性となったことから、保健所の指示で○月○日、当該病棟の全ての患者様、職員にPCR検査を実施した。結果、患者様5名が陽性となり、保健所からの指示により、当該病棟の入退院を中止した。そのため、院内の全体の噴き付け消毒を行った。

誓 約 書

令和4年7月1日

福岡県知事 殿

所在地 福岡市博多区東公園7-7

名称 医療法人 県庁病院

代表者氏名 理事長 福岡 太郎

新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療機関の継続・再開支援に要する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は下記のことを誓約します。

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、新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療機関の継続・再開支援に要する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りません。
- 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。

役員一覧

役職名	(ふりがな) 氏名	性別	住所 (都道府県名)	生年月日
理事長	(ふくおか たろう) 福岡 太郎	男・女	福岡県	明・大・昭・平 35年5月15日
理事	(ふくおか はなこ) 福岡 花子	男・女	福岡県	明・大・昭・平 36年9月10日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	()	男・女		明・大・昭・平 年 月 日

※ 役員全員を記載すること。

歳入歳出予算書抄本

事業者名 医療法人 県庁病院
事業名 令和4年度新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療機関の
継続・再開支援に要する事業費補助金

(歳入)

(単位：円)

費目	金額	備考
自己資金	300,000	
県補助金	300,000	
その他	0	
合計	600,000	

(歳出)

費目	金額	備考
設備整備事業費	600,000	
合計	600,000	

この抄本は、原本と相違ないことを証明する。

令和4年7月1日

所在地 福岡市博多区東公園7-7

事業者名 医療法人 県庁病院

代表者氏名 理事長 福岡 太郎

新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療機関の継続・再開支援に要する事業費
補助金申請に関するチェックシート

事業者名

標記補助金の交付申請に当たり、貴院の実施計画が補助事業の趣旨に沿ったものかどうか、以下の項目を確認いただき、該当する場合は確認欄にチェックを入れてください。

なお、いずれかの項目に一つでも該当しない場合（チェックが入らない場合）は、補助金交付の対象外となります。

（共通）

確認欄	項目
<input type="checkbox"/>	申請した設備（付帯備品を含む）は、新型コロナウイルス感染症（以下「コロナ」という。）以外を目的とし導入するものではない。（通常診療で使用するものではない。）
<input type="checkbox"/>	消毒経費はコロナ以外を目的とするものではない。
<input type="checkbox"/>	機器の老朽化のための入れ替え等を目的とした補助金の申請ではない。
<input type="checkbox"/>	設備の設置工事等には構造物の変更を伴う（資産価値を増加させる）内容は含まれていない。
<input type="checkbox"/>	対象経費が重複する他の補助金等の交付（交付予定を含む）を受けていない。

福岡県知事 殿

補助事業者

所 在 地 所在地を入力してください

事 業 者 名 医療機関名を入力してください

代 表 者 氏 名 署名または記名押印

令和4年度新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療機関の
継続・再開支援に要する事業費補助金変更交付申請書

令和 年 月 日付け 第 号で交付決定を受けた新型コロナ
ウイルス感染症により休業等となった医療機関の継続・再開支援事業費補助金に
ついて、交付決定額の変更を受けたいので交付要綱第7条の規定に基づき下記のと
おり申請します。

記

- | | | | |
|---|-----------------|-------------------|--------------|
| 1 | 申請額 | 金 | 0円 |
| 2 | 既交付決定額 | 金 | 0円（差引申請額 0円） |
| 3 | 経費所要額調書 | （様式第3号 別紙（1）のとおり） | |
| 4 | 設備整備事業所要額内訳 | （様式第3号 別紙（2）のとおり） | |
| 5 | 事業計画書 | （様式第3号 別紙（3）のとおり） | |
| 6 | 添付書類 | | |
| | (1) 歳入歳出予算書（抄本） | | |
| | (2) 見積書の写し等 | | |
| | (3) その他参考となる書類 | | |

様式第3号 別紙(1)

経費所要額調書

1 所要額内訳

区分	総事業費 (A)	寄付金その他の 収入予定額 (B)	差引額 ((A)-(B)) (C)	対象経費の 支出予定額 (D)	基準額 (E)	選定額 ((D), (E) いずれか 少ない額) (F)	補助基本額 ((C), (F) いずれか 少ない額) (G)	補助所要額 ((G) × 1/2) ※千円未満切り捨て (H)	既交付 決定額 (I)	差引交付(追加 交付)申請額 ((H)-(I)) (J)	備考
	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
HEPAフィルター付 空気清浄機						0	0	0	/	/	
消毒経費						0	0	0			
合 計	0	0	0	0	0	0	0	0		0	

注 1 設備整備事業所要額内訳については、別紙(2)のとおり。

注 2 (E)欄について

空気清浄機欄の上限額は1台当たり90万5千円、上限台数は1施設当たり2台

消毒経費欄の上限額は1施設当たり60万円

注 3 (H)欄は千円未満切り捨て

設備整備事業所要額内訳

事業者名：医療機関名を入力してください

交付の事業内容

区 分	支 出 予 定 額	積 算 内 訳
	円	
合計	0	

事業計画書

事業者名：医療機関名を入力してください

方法等	実施時期	内 容

歳入歳出予算書抄本

事業者名 医療機関名を入力してください
事業名 令和4年度新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療機関の
継続・再開支援に要する事業費補助金

(歳入)

(単位：円)

費 目	金 額	備 考
自 己 資 金	0	
県 補 助 金	0	
その他		
合計	0	

(歳出)

費 目	金 額	備 考
設備整備事業費	0	
合計	0	

この抄本は、原本と相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

所 在 地 所在地を入力してください

事 業 者 名 医療機関名を入力してください

代 表 者 氏 名 署名または記名押印

福岡県知事 殿

補助事業者

所在地 福岡市博多区東公園7-7

事業者名 医療法人 県庁病院

代表者氏名 理事長 福岡 太郎

令和4年度新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療機関の
継続・再開支援に要する事業費補助金変更交付申請書

令和4年7月11日付け4疾病第●●●●号で交付決定を受けた新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療機関の継続・再開支援事業費補助金について、交付決定額の変更を受けたいので交付要綱第7条の規定に基づき下記のとおり申請します。

記

- | | | | |
|---|-----------------|---|----------------------------|
| 1 | 申請額 | 金 | 752,000 円 |
| 2 | 既交付決定額 | 金 | 300,000 円（差引申請額 452,000 円） |
| 3 | 経費所要額調書 | | （様式第3号 別紙（1）のとおり） |
| 4 | 設備整備事業所要額内訳 | | （様式第3号 別紙（2）のとおり） |
| 5 | 事業計画書 | | （様式第3号 別紙（3）のとおり） |
| 6 | 添付書類 | | |
| | (1) 歳入歳出予算書（抄本） | | |
| | (2) 見積書の写し等 | | |
| | (3) その他参考となる書類 | | |

様式第3号 別紙(1)

経費所要額調書

1 所要額内訳

区分	総事業費 (A)	寄付金その他の 収入予定額 (B)	差引額 ((A)-(B)) (C)	対象経費の 支出予定額 (D)	基準額 (E)	選定額 ((D), (E) いずれか 少ない額) (F)	補助基本額 ((C), (F) いずれか 少ない額) (G)	補助所要額 ((G) × 1/2) ※千円未満切り捨て (H)	既交付 決定額 (I)	差引交付(追加 交付)申請額 ((H)-(I)) (J)	備考
	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
HEPAフィルター付 空気清浄機	905,000	0	905,000	905,000	905,000	905,000	905,000	452,500			
消毒経費	600,000	0	600,000	600,000	600,000	600,000	300,000				
合 計	1,505,000	0	1,505,000	1,505,000	1,505,000	1,505,000	1,505,000	752,000	300,000	452,000	

注 1 設備整備事業所要額内訳については、別紙(2)のとおり。

注 2 (E)欄について

空気清浄機欄の上限額は1台当たり90万5千円、上限台数は1施設当たり2台

消毒経費欄の上限額は1施設当たり60万円

注 3 (H)欄は千円未満切り捨て

設備整備事業所要額内訳

事業者名：医療法人 県庁病院

交付の事業内容

区 分	支 出 予 定 額	積 算 内 訳
	円	
消毒経費	600,000	噴き付け清拭消毒
HEPAフィルター付き 空気清浄機	905,000	HEPAフィルター付き空気清浄機 1台
合計	1,505,000	

事業計画書

事業者名：医療法人 県庁病院

方法等	実施時期	内 容
噴き付け清拭消毒	7月1日	○月○日に職員3名がPCR検査陽性となったことから、保健所の指示で○月○日、当該病棟の全ての患者様、職員にPCR検査を実施した。結果、患者様5名が陽性となり、保健所からの指示により、当該病棟の入退院を中止した。そのため、院内の全体の噴き付け消毒を●月●日に行った。 入退院を中止した期間は、○月○日～○月○日まで。
購入	7月9日	HEPAフィルター付き空気清浄機 1台 上記のため、●●棟●階病棟に設置した。

歳入歳出予算書抄本

事業者名 医療法人 県庁病院
事業名 令和4年度新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療機関の
継続・再開支援に要する事業費補助金

(歳入)

(単位：円)

費目	金額	備考
自己資金	753,000	
県補助金	752,000	
その他	0	
合計	1,505,000	

(歳出)

費目	金額	備考
設備整備事業費	1,505,000	
合計	1,505,000	

この抄本は、原本と相違ないことを証明する。

令和4年7月15日

所在地 福岡市博多区東公園7-7

事業者名 医療法人 県庁病院

代表者氏名 理事長 福岡 太郎

新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療機関の継続・再開支援に要する事業費
補助金申請に関するチェックシート

事業者名

標記補助金の交付申請に当たり、貴院の実施計画が補助事業の趣旨に沿ったものかどうか、以下の項目を確認いただき、該当する場合は確認欄にチェックを入れてください。

なお、いずれかの項目に一つでも該当しない場合（チェックが入らない場合）は、補助金交付の対象外となります。

（共通）

確認欄	項目
<input type="checkbox"/>	申請した設備（付帯備品を含む）は、新型コロナウイルス感染症（以下「コロナ」という。）以外を目的とし導入するものではない。（通常診療で使用するものではない。）
<input type="checkbox"/>	消毒経費はコロナ以外を目的とするものではない。
<input type="checkbox"/>	機器の老朽化のための入れ替え等を目的とした補助金の申請ではない。
<input type="checkbox"/>	設備の設置工事等には構造物の変更を伴う（資産価値を増加させる）内容は含まれていない。
<input type="checkbox"/>	対象経費が重複する他の補助金等の交付（交付予定を含む）を受けていない。

様式第8号（第9条関係）

第 号
令和 年 月 日

福岡県知事 殿

所 在 地 所在地を入力してください

事 業 者 名 医療機関名を入力してください

代表者氏名 代表者の肩書・氏名を入力してください

令和4年度新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療機関の
継続・再開支援に要する事業費補助金実績報告書

年 月 日付け 第 号 で交付決定を受けた新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療機関の継続・再開支援に要する事業費補助金について、交付要綱第9条の規定に基づき、下記のとおり報告します。

記

- 1 精 算 額 金 0 円
- 2 経費所要額精算書 (別紙(1)のとおり)
- 3 設備整備事業精算額内訳 (別紙(2)のとおり)
- 4 事業実績報告書 (別紙(3)のとおり)
- 5 添付書類
 - (1) 歳入歳出決算(見込)書抄本
 - (2) 支出証拠書類の写し
※ 購入した空気清浄機及び消毒作業の領収書等
 - (3) その他参考となる資料
※ 購入した空気清浄機の設置後写真
消毒作業の契約書写し等

様式第8号 別紙(1)

経費所要額精算書

1 所要額内訳

区分	総事業費 (A)	寄付金 その他の収入額 (B)	差引額 ((A)-(B)) (C)	対象経費 の実支出額 (D)	基準額 (E)	選定額 ((D), (E) いずれか 少ない額) (F)	補助基本額 ((C), (F) いずれか 少ない額) (G)	補助所要額 ((G)×1/2) ※千円未満切り捨て (H)	交付決定額 (I)	確定額 (J)	受入済額 (K)	差引過不足額 ((J)-(K)) (L)	備考
HEPAフィルター付 空気清浄機	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
消毒経費						0	0	0					
合計	0	0	0	0	0	0	0	0		0		0	

注 1 設備整備事業精算額内訳については、別紙(2)のとおり。

注 2 (E)欄について

空気清浄機欄の上限額は1台当たり90万5千円、上限台数は1施設当たり2台

消毒経費欄の上限額は1施設当たり60万円

注 3 (H)欄は千円未満切り捨て

注 4 (K)欄は、概算払請求により受入を行った補助金額を記入すること。

設備整備事業精算額内訳

事業者名：医療機関名を入力してください

交付の事業内容

区 分	支 出 額	積 算 内 訳
	円	
合計	0	

事業実績報告書

事業者名：医療機関名を入力してください

方法等	実施時期	内 容

歳入歳出決算（見込）書抄本

事業者名 医療機関名を入力してください
事業名 令和4年度新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療機関の
継続・再開支援に要する事業費補助金

(歳入)

(単位：円)

費 目	金 額	備 考
自 己 資 金	0	
県 補 助 金	0	
その他		
合計	0	

(歳出)

費 目	金 額	備 考
設備整備事業費	0	
合計	0	

この抄本は、原本と相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

所 在 地 所在地を入力してください

事 業 者 名 医療機関名を入力してください

代 表 者 氏 名 代表者の肩書・氏名を入力してください

福岡県知事 殿

所 在 地 福岡市博多区東公園7-7

事 業 者 名 医療法人 県庁病院

代 表 者 氏 名 理事長 福岡 太郎

令和4年度新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療機関の
継続・再開支援に要する事業費補助金実績報告書

令和4年7月20日付け4疾病第●●●号で交付決定を受けた新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療機関の継続・再開支援に要する事業費補助金について、交付要綱第9条の規定に基づき、下記のとおり報告します。

記

- | | | | |
|---|---------|---------|---|
| 1 | 精 算 額 金 | 752,000 | 円 |
|---|---------|---------|---|
- 経費所要額精算書 (別紙(1)のとおり)
 - 設備整備事業精算額内訳 (別紙(2)のとおり)
 - 事業実績報告書 (別紙(3)のとおり)
 - 添付書類
 - 歳入歳出決算(見込)書抄本
 - 支出証拠書類の写し
※ 購入した空気清浄機及び消毒作業の領収書等
 - その他参考となる資料
※ 購入した空気清浄機の設置後写真
消毒作業の契約書写し等

様式第8号 別紙(1)

経費所要額精算書

1 所要額内訳

区分	総事業費 (A)	寄付金 その他の収入額 (B)	差引額 ((A)-(B)) (C)	対象経費 の実支出額 (D)	基準額 (E)	選定額 ((D), (E) いずれか 少ない額) (F)	補助基本額 ((C), (F) いずれか 少ない額) (G)	補助所要額 ((G)×1/2) ※千円未満切り捨て (H)	交付決定額 (I)	確定額 (J)	受入済額 (K)	差引過不足額 ((J)-(K)) (L)	備考
	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
HEPAフィルター付 空気清浄機	905,000	0	905,000	905,000	905,000	905,000	905,000	452,500	/	/	/	/	
消毒経費	600,000	0	600,000	600,000	600,000	600,000	600,000	300,000	/	/	/	/	
合計	1,505,000	0	1,505,000	1,505,000	1,505,000	1,505,000	1,505,000	752,000	752,000	752,000	0	752,000	

注 1 設備整備事業精算額内訳については、別紙(2)のとおり。

注 2 (E)欄について

空気清浄機欄の上限額は1台当たり90万5千円、上限台数は1施設当たり2台

消毒経費欄の上限額は1施設当たり60万円

注 3 (H)欄は千円未満切り捨て

注 4 (K)欄は、概算払請求により受入を行った補助金額を記入すること。

設備整備事業精算額内訳

事業者名：医療法人 県庁病院

交付の事業内容

区 分	支 出 額	積 算 内 訳
	円	
HEPAフィルター付き 空気清浄機	905,000	HEPAフィルター付き空気清浄機 1台
消毒経費	600,000	噴き付け清拭消毒
合計	1,505,000	

事業実績報告書

事業者名：医療法人 県庁病院

方法等	実施時期	内 容
噴き付け清拭消毒	7月1日	専門業者に依頼し、院内の全体の噴き付け消毒を●月●日に行った。
購入	7月9日	HEPAフィルター付き空気清浄機 1台 上記のため、●●棟●階病棟に設置した。

歳入歳出決算（見込）書抄本

事業者名 医療法人 県庁病院
事業名 令和4年度新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療機関の
継続・再開支援に要する事業費補助金

(歳入)

(単位：円)

費 目	金 額	備 考
自 己 資 金	753,000	
県 補 助 金	752,000	
その他		
合計	1,505,000	

(歳出)

費 目	金 額	備 考
設備整備事業費	1,505,000	
合計	1,505,000	

この抄本は、原本と相違ないことを証明する。

令和4年8月5日

所 在 地 福岡市博多区東公園7-7

事 業 者 名 医療法人 県庁病院

代 表 者 氏 名 理事長 福岡 太郎

