

福県医発第377号（地）

令和3年 4月30日

各医師会長 殿

福岡県医師会

会長 松田 峻一良

（公印省略）

令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保
支援補助金について

令和3年2月6日付福県医発第2864号（地）にて、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おいて、令和2年度事業の申請期限に申請が間に合わない医療機関等への対応は令和3年度に実施予定とされている旨、ご連絡いたしました。

今般、厚生労働省より日本医師会を通じて別紙のとおり、当該令和3年度実施分の取り扱いが示されました。

令和3年度補助金は、原則として、令和2年度補助金による補助を受けた医療機関等は対象外となります。ただし、令和2年度補助金の申請日以降に新たに診療・検査医療機関の指定を受けた医療機関については、令和2年度補助金の補助基準額（上限額）が令和3年度補助金の補助基準額（上限額）より低い場合は、差額について令和3年度の本補助金の申請をすることができます。令和3年度補助金の申請書の提出期限は、令和3年9月30日となります。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知のうえ、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

※本補助金に関する資料は、交付申請書とともに厚生労働省の下記サイトに掲載されていますのでご参照ください。交付申請書（エクセルシート）等は下記サイトよりダウンロードしてください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_17941.html

○厚生労働省医療提供体制支援補助金コールセンター

電話番号：0120-336-933（平日9：30～18：00）

令和 3 年 4 月 12 日

都道府県医師会

会長 殿

公益社団法人 日本医師会

会長 中 川 俊 男

（公印省略）

令和 3 年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保
支援補助金について

今般、厚生労働省より都道府県に対し、事務連絡「令和 3 年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金について」が発出されました。

本補助金は、新型コロナウイルス感染症が拡大する中で、緊急的臨時的な対応として、都道府県の指定を受けた診療・検査医療機関(仮称)の発熱患者等に対する診療・検査体制の確保及び医療機関・薬局等の医療提供体制の確保を図るため、診療・検査医療機関(仮称)をはじめとする対象医療機関等の感染拡大防止対策や診療体制確保等に要する費用を補助するものです。

令和 3 年 2 月 5 日付日医発第 1096 号にて貴会にご連絡した令和 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おいて、「令和 2 年度事業の申請期限に申請が間に合わない医療機関等への対応は令和 3 年度に実施予定」とされていたところであり、今般の事務連絡は、当該令和 3 年度実施分の取り扱いを示したものです。

本補助金は、原則として、「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」による補助を受けた医療機関等は対象外となります。ただし、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については、同補助金の補助基準額（上限額）が本補助金の補助基準額（上限額）より低い場合は、差額について本補助金の申請をすることができます。

本補助金の申請書の提出期限は、令和 3 年 9 月 30 日となります。

つきましては、貴会におかれましても、本件についてご了知いただくとともに、貴会管下の関係医療機関への周知につきご高配賜りますようお願い申し上げます。

【添付資料】

・事務連絡「令和 3 年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確

保支援補助金について」(令和3年4月9日、厚生労働省医政局医療経理室、医療経営支援課)

- ・ 補助の対象となる医療機関等あて案内文書
- ・ 本補助金の概要資料(スライド資料)
- ・ Q & A (第1版)
- ・ 申請書様式(電子媒体申請用、手書き申請用)
- ・ 申請書様式(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用)
- ・ 実績報告書様式(電子媒体申請用、手書き申請用)
- ・ 交付要綱(令和3年4月9日 厚生労働事務次官通知)

※本補助金に関する資料は、交付申請書とともに厚生労働省の下記サイトに掲載されていますのでご参照ください。交付申請書(エクセルシート)等は下記サイトよりダウンロードしてください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_17941.html

○厚生労働省医療提供体制支援補助金コールセンター

電話番号：0120-336-933 (平日 9:30~18:00)

各都道府県衛生主管部（局）御中

厚生労働省医政局医 療 経 理 室
医療経営支援課

令和 3 年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保
支援補助金について

新型コロナウイルス感染症が拡大する中で、緊急的臨時的な対応として、都道府県の指定を受けた診療・検査医療機関(仮称)の発熱患者等に対する診療・検査体制の確保及び医療機関・薬局等の医療提供体制の確保を図るため、診療・検査医療機関(仮称)をはじめとする対象医療機関等の感染拡大防止対策等に要する費用を補助しますので、下記について御了知の上、事業の実施にご協力をお願いします。

※ 本補助金は、原則として、「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※」による補助を受けた医療機関等は対象外となります。ただし、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については、同補助金の補助基準額（上限額）が本補助金の補助基準額（上限額）より低い場合は、差額について本補助金の申請をすることができます。

* 令和 3 年 1 月 28 日成立の令和 2 年度第三次補正予算による「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」（令和 3 年 2 月 3 日厚生労働省発医政 0203 第 5 号厚生労働事務次官通知）です（以下同じ）。

記

1. 本補助金の案内及び周知について

本補助金は国の直接補助事業としているため、補助の申請は医療機関等から直接、厚生労働省に行われますが、医療機関等に対して円滑かつ迅速に補助金を交付できるよう、本事務連絡の添付資料により、2. の補助の対象となる医療機関等に案内していただくとともに、貴管下の政令市及び特別区に周知いただくようお願い申し上げます。

また、申請書様式等については、以下の厚生労働省ホームページに掲載します。

※ 厚生労働省ホームページ

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_17941.html

なお、「令和 2 年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補

助金に係る対応について」(令和2年9月15日厚生労働省健康局結核感染症課事務連絡)により、都道府県において、診療・検査医療機関(仮称)を指定した場合は、診療・検査医療機関(仮称)に対して書面で通知(様式は問わない)することをお願いしていますが、引き続き対応をお願いいたします。

診療・検査医療機関(仮称)として本補助金の申請を行う場合は、申請日時点で指定期限内である指定通知書や指定証明書等の写しの添付が必要になります。このため、指定通知書等に指定期限を記載している場合等には、医療機関から改めて、指定期限内であることを示す指定通知書や指定証明書等の発行を求められる場合がありますが、対応をお願いいたします。

2. 補助の対象となる医療機関等について

補助の対象となる医療機関等については、「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について」(令和3年4月9日厚生労働省発医政0409第4号)の別添の交付要綱3(1)に定める「対象医療機関等」であることを要件としています。

具体的には、①(i)から(iii)のいずれか又は②に該当する医療機関等としています。また、①(i)及び①(ii)の両方に該当する医療機関は、①(i)又は①(ii)のいずれか一方のみで対象となります。

※ 令和2年度第二次補正予算の「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」の補助を受けた医療機関等も補助の対象となります。

① 「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」による補助を受けていない医療機関等

(i) 診療・検査医療機関(仮称)

院内等で感染拡大を防ぐための取組を行う、都道府県の指定を受けた診療・検査医療機関(仮称)('令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業'※による補助を受けた医療機関を除く。)

※ 当該医療機関については、少なくとも令和3年9月30日まで診療・検査医療機関(仮称)として継続すること。

※ 令和2年9月15日の予備費による「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」(令和2年9月15日厚生労働省発医政第0915第2号厚生労働事務次官通知)です(以下同じ)。

(ii) 医療機関・薬局等

院内等で感染拡大を防ぐための取組を行う、保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者及び助産所('令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業'による補助を受けた医療機関を除く。)

- (iii) 「令和２年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」による補助を受けた医療機関

「令和２年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」による補助を受けた医療機関のうち、同事業の補助基準額＊（「1,000 万円に、許可病床 200 床ごとに 200 万円を追加した額」）が「25 万円＋5 万円×許可病床数」より低い医療機関

＊ 新型コロナウイルス感染症入院患者受入割当医療機関（重点医療機関、協力医療機関その他の都道府県が新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の入院受入れを割り当てた医療機関）の場合は、補助基準額に追加される 1,000 万円を除く。

※ (iii)は、「令和２年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」による補助を受けた医療機関については、本事業の方が補助基準額（上限額）が高い場合は、差額分を補助するということです。

- 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」による補助を受けた医療機関

「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」による補助を受けた医療機関のうち、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であって、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

※ 当該医療機関については、少なくとも令和３年 9 月 30 日まで診療・検査医療機関（仮称）として継続すること。

※ ②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については、同補助金による補助を受けた場合であっても、本事業の方が補助基準額（上限額）が高い場合は、差額分を補助するということです。

3. 補助基準額（上限額）及び補助の対象経費

(1) 補助基準額（上限額）

補助基準額（上限額）は、以下の区分ごとに、それぞれ次に定める額となります。

- ① 「令和２年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」による補助を受けていない医療機関等

(i) 診療・検査医療機関（仮称） 100 万円

(ii) 医療機関・薬局等

- ・ 病院・有床診療所（医科・歯科） 25 万円＋5 万円×許可病床数
- ・ 無床診療所（医科・歯科） 25 万円
- ・ 薬局・訪問看護事業者・助産所 20 万円

(iii) 「令和 2 年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」による補助を受けた医療機関

「25 万円＋5 万円×許可病床数」から「令和 2 年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」の補助基準額*（「1,000 万円に、許可病床 200 床ごとに 200 万円を追加した額」）を差し引いた額

* 新型コロナウイルス感染症入院患者受入割当医療機関（重点医療機関、協力医療機関その他の都道府県が新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の入院受入れを割り当てた医療機関）の場合は、補助基準額に加算される 1,000 万円を除く。

※ (iii)は、「令和 2 年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」による補助を受けた医療機関については、本事業の方が補助基準額（上限額）が高い場合は、差額分を補助するということです。

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」による補助を受けた医療機関

「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診療・検査医療機関（仮称）の指定を受けた医療機関であって、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

- ・ 病院・有床診療所 100 万円から「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（25 万円＋5 万円×許可病床数）を差し引いた額
- ・ 無床診療所 100 万円から「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（25 万円）を差し引いた額

※ ②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については、同補助金による補助を受けた場合であっても、本事業の方が補助基準額（上限額）が高い場合は、差額分を補助するということです。

(2) 補助の対象経費

補助の対象経費については、令和 3 年 4 月 1 日から令和 3 年 9 月 30 日までにかかる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

等に要する次の経費です（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除く。）。

・賃金、報酬、謝金、会議費、旅費、需用費（消耗品費、印刷製本費、材料費、光熱水費、燃料費、修繕料、医薬材料費）、役務費（通信運搬費、手数料、保険料）、委託料、使用料及び賃借料、備品購入費

※ 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、幅広く対象となります。「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」は対象になりません。

※ 本補助金は令和3年度の補助金であり、令和2年度の経費は対象になりません。

※ 令和2年度第二次補正予算による「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」や「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」、令和2年9月15日の予備費による「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」、令和2年度第三次補正予算による「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」の対象経費と同じです。

4. コールセンターについて

本補助金の内容や申請方法等について照会を受け付けるコールセンターを設置していますので、医療機関等から照会があった場合には、ご案内をお願いします。

○厚生労働省医療提供体制支援補助金コールセンター

電話番号：0120-336-933（平日9:30～18:00）

<添付資料>

- (1) 補助の対象となる医療機関等あて案内文書
- (2) 本補助金の概要資料
- (3) 令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金に関するQ&A
- (4) 申請書様式、申請書記載例（電子媒体申請用、手書き申請用）
- (5) 実績報告書、実績報告書記載例
- (6) 「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について」（令和3年4月9日厚生労働省発医政0409第4号）

診療・検査医療機関（仮称）、保険医療機関、
保険薬局、指定訪問看護事業者、助産所の皆さまへ

厚生労働省医政局
医 療 経 理 室
医療経営支援課

「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」のご案内

新型コロナウイルス感染症が拡大する中で、緊急的臨時的な対応として、都道府県の指定を受けた診療・検査医療機関(仮称)の発熱患者等に対する診療・検査体制の確保及び医療機関・薬局等の医療提供体制の確保を図るため、診療・検査医療機関(仮称)をはじめとする対象医療機関等の感染拡大防止対策等に要する費用を補助しています。該当する医療機関等におかれましては、以下により申請いただきますようお願いいたします。

※ 本補助金は、原則として、「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＊」による補助を受けた医療機関等は対象外となります。ただし、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については、同補助金の補助基準額（上限額）が本補助金の補助基準額（上限額）より低い場合は、差額について本補助金の申請をすることができます。

＊ 令和 3 年 1 月 28 日成立の令和 2 年度第三次補正予算による「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」（令和 3 年 2 月 3 日厚生労働省発医政 0203 第 5 号厚生労働事務次官通知）です（以下同じ）。

1. 補助の対象となる医療機関等

補助の対象となる医療機関等は、①(i)から(iii)のいずれか又は②に該当する医療機関等です。また、①(i)及び①(ii)の両方に該当する医療機関は、①(i)又は①(ii)のいずれか一方のみで対象となります。

※ 令和 2 年度第二次補正予算の「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」の補助を受けた医療機関等も補助の対象となります。

① 「令和 2 年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」による補助を受けていない医療機関等

(i) 診療・検査医療機関（仮称）

院内等で感染拡大を防ぐための取組を行う、都道府県の指定を受けた診療・検査医療機関（仮称）（「令和 2 年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感

染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」*による補助を受けた医療機関を除く。）

※ 当該医療機関については、少なくとも令和3年9月30日まで診療・検査医療機関（仮称）として継続すること。

* 令和2年9月15日の予備費による「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」（令和2年9月15日厚生労働省発医政第0915第2号厚生労働事務次官通知）です（以下同じ）。

（ii）医療機関・薬局等

院内等で感染拡大を防ぐための取組を行う、保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者及び助産所（「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」による補助を受けた医療機関を除く。）

（iii）「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」による補助を受けた医療機関

「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」による補助を受けた医療機関のうち、同事業の補助基準額*（「1,000万円に、許可病床200床ごとに200万円を追加した額」）が「25万円+5万円×許可病床数」より低い医療機関

* 新型コロナウイルス感染症入院患者受入割当医療機関（重点医療機関、協力医療機関その他の都道府県が新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の入院受入れを割り当てた医療機関）の場合は、補助基準額に追加される1,000万円を除く。

※（iii）は、「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」による補助を受けた医療機関については、本事業の方が補助基準額（上限額）が高い場合は、差額分を補助するということです。

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」による補助を受けた医療機関

「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」による補助を受けた医療機関のうち、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であって、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

※ 当該医療機関については、少なくとも令和3年9月30日まで診療・検査医療機関（仮称）として継続すること。

※ ②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については、同補助金による補助を受けた場合であっても、本事業の方が補助基準額（上限額）が高い場合は、差額分を補助するということです。

2. 補助基準額（上限額）及び補助の対象経費

（1）補助基準額（上限額）

補助基準額（上限額）は、以下の区分ごとに、それぞれ次に定める額となります。

※ 申請書（電子媒体申請用）に必須項目を入力すれば、補助基準額（上限額）が最も高い区分での申請となります。

① 「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」による補助を受けていない医療機関等

（i）診療・検査医療機関（仮称） 100万円

（ii）医療機関・薬局等

- ・病院・有床診療所（医科・歯科） 25万円＋5万円×許可病床数
- ・無床診療所（医科・歯科） 25万円
- ・薬局・訪問看護事業者・助産所 20万円

（iii）「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」による補助を受けた医療機関

「25万円＋5万円×許可病床数」から「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」の補助基準額＊（「1,000万円に、許可病床200床ごとに200万円を追加した額」）を差し引いた額

＊ 新型コロナウイルス感染症入院患者受入割当医療機関（重点医療機関、協力医療機関その他の都道府県が新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の入院受入れを割り当てた医療機関）の場合は、補助基準額に加算される1,000万円を除く。

※ （iii）は、「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」による補助を受けた医療機関については、本事業の方が補助基準額（上限額）が高い場合は、差額分を補助するということです。

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」による補助を受けた医療機関

「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診療・検査医療機関（仮称）の指定を受けた医療機関であって、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

- ・ 病院・有床診療所 100 万円から「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（25 万円＋5 万円×許可病床数）を差し引いた額
- ・ 無床診療所 100 万円から「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（25 万円）を差し引いた額

※ ②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については、同補助金による補助を受けた場合であっても、本事業の方が補助基準額（上限額）が高い場合は、差額分を補助するということです。

（２）補助の対象経費

補助の対象経費については、令和３年４月１日から令和３年９月 30 日までにかかる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次の経費です（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除く。）。

- ・ 賃金、報酬、謝金、会議費、旅費、需用費（消耗品費、印刷製本費、材料費、光熱水費、燃料費、修繕料、医薬材料費）、役務費（通信運搬費、手数料、保険料）、委託料、使用料及び賃借料、備品購入費

※ 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、幅広く対象となります。「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」は対象になりません。

※ 本補助金は令和３年度の補助金であり、令和２年度の経費は対象になりません。

※ 令和２年度第二次補正予算による「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」や「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」、令和２年 9 月 15 日の予備費による「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」、令和２年度第三次補正予算による「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」の対象経費と同じです。

3. 申請書の提出

(1) 提出期限 **令和3年9月30日(当日消印有効)**

(2) 提出方法 以下へ郵送してください。

住所：〒119-0397 銀座郵便局留

宛先：厚生労働省 新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金担当 宛

(3) 提出書類 [申請する経費の支出が全て終わっている場合]

①交付申請書(第5号様式)

②申請書の別紙

③厚生労働省への請求書

④(「診療・検査医療機関(仮称)」の場合のみ)

「診療・検査医療機関(仮称)」として都道府県から指定を受けたことを証明する書類(都道府県の指定通知書等の写し)

⑤申請する経費に係る領収書等の支出額が分かるもの(写し)

下記の厚生労働省ホームページからダウンロードしてください。

[申請する経費の支出が終わっていない場合]

①交付申請書(第3号様式)

②申請書の別紙

③厚生労働省への請求書

④(「診療・検査医療機関(仮称)」の場合のみ)

「診療・検査医療機関(仮称)」として都道府県から指定を受けたことを証明する書類(都道府県の指定通知書等の写し)

下記の厚生労働省ホームページからダウンロードしてください。

※ 事後に事業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。

※ 提出書類①～③は以下の厚生労働省ホームページに掲載されていますので、ダウンロードして記載してください。

URL: https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_17941.html

※ 提出書類④は、都道府県から指定通知書や指定証明書などの交付を受けてください。本補助金の申請日時点で指定通知書等に記載された指定期限が切れている場合(*)は、申請日時点で診療・検査医療機関(仮称)の指定期限内である指定通知書等を入手した上で申請するようお願いします。 * 例えば、指定期限が令和3年3月31日までとされている場合等。

※ 申請書の作成方法等は、「申請書記載例」を参照してください。

4. 補助金の交付決定等

提出いただいた申請書については、補助対象となる医療機関等であるか等の審査を行います。審査の結果、補助金の交付を決定した医療機関等には「交付決定通知書」を郵送するとともに、請求書に記載の金融機関へ振込を行います。

5. 事業実績報告の提出

申請時に「申請する経費の支出が終わっていない場合」は、事業（支出）が終わった日から1か月以内又は令和4年4月10日のいずれか早い日までに事業実績報告書を提出してください。

提出方法：以下へ郵送してください。

住所：〒119-0397 銀座郵便局留

宛先：厚生労働省 新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金担当 宛

（※交付決定通知と同封されている案内状の通知番号（左上記載）を封筒に記載して送付ください）

提出書類：①事業実績報告書（第4号様式）

②実績報告書の別紙

③領収書等の支出額が分かるもの（写し）

下記の厚生労働省ホームページからダウンロードしてください。

※ 提出書類①～②は以下の厚生労働省ホームページに掲載されていますので、ダウンロードして記載してください。

URL: https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_17941.html

6. 留意事項

- (1) 本補助金により30万円以上(地方公共団体は50万円以上)の機械、器具及びその他の財産を取得した場合、当該財産を耐用年数より前に補助金の目的外に使用することや、譲渡、交換、貸付、担保、廃棄する場合には厚生労働大臣の承認が必要になり、内容によって補助の全部又は一部を返納いただくことになります。

耐用年数前に廃棄等を行う場合には、厚生労働省医政局医療経理室（電話：03-3595-2225）までご連絡ください。

- (2) 令和3年度の消費税及び地方消費税の確定申告により、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、令和5年6月30日までに第2号様式を厚生労働省へ提出してください。なお、補助金に係る仕入控除税額がある場合には、当該仕入控除税額を返納いただくことになります。

※ 提出先：〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2

厚生労働省医政局医療経理室あて

（電話番号）03-3595-2225

- (3) 同一の物品等に対して本補助金と他の補助金を重複して受けとることはできません。
- (4) 本補助金の申請は、1 回限りですので、申請漏れ等ないように確認をお願いします。

7. 添付資料

- (1) 本補助金の概要資料
- (2) 令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金に関するQ & A
- (3) 申請書様式、申請書記載例
- (4) 実績報告書、実績報告書記載例
- (5) 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交付要綱

厚生労働省医政局医 療 経 理 室 医療経営支援課 (問合せ先) 厚生労働省医療提供体制支援補助金 コールセンター 電話：0 1 2 0 - 3 3 6 - 9 3 3 (平日 9:30~18:00)
--

診療・検査医療機関の感染拡大防止等の支援

(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)

事業目的

国による直接執行

(令和2年度第三次補正予算額：212億円)

- 診療・検査医療機関(仮称)については、都道府県の指定に基づき専ら発熱患者等を対象とした外来体制をとる医療機関であり、新型コロナの感染が急速に拡大する中で、院内等での感染拡大を防ぎながら発熱患者等に対する診療・検査を提供することができるよう、緊急的臨時的な対応として、感染拡大防止等の支援を行う。

事業内容

〔対象医療機関〕

院内等で感染拡大を防ぐための取組を行う、都道府県の指定を受けた診療・検査医療機関(仮称)

- ※ 当該医療機関については、少なくとも令和3年9月30日まで診療・検査医療機関(仮称)として継続すること。
- ※ 「診療・検査医療機関の感染拡大防止等の支援」又は「医療機関・薬局等の感染拡大防止等の支援」のどちらかの補助を受けることができる(両方の補助を重複して受けることはできない)。
- ※ 令和2年度第二次補正予算による「医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援」の補助を受けた医療機関も補助対象となる。
- ※ 令和2年9月15日の予備費による「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」の感染拡大防止等の補助を受けた医療機関は対象外。
- ※ 令和2年度第三次補正予算による「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は原則として対象外。ただし、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は、同補助金の補助基準額が本補助金の補助基準額より低い場合は、差額について本補助金の申請が可能。

〔補助基準額〕 以下の額を上限として実費を補助

- ・ 診療・検査医療機関(仮称) 100万円

〔対象経費〕 令和3年4月1日から令和3年9月30日までにかかる感染拡大防止対策や診療体制確保等に要する費用(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除く)

- ※ 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、幅広く対象となる。

例：消毒・清掃・リネン交換等の委託、感染性廃棄物処理、個人防護具の購入、寝具リース、CTリース等

医療機関・薬局等の感染拡大防止等の支援

(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)

事業目的

国による直接執行

(令和2年度第三次補正予算額：858億円)

- 新型コロナの感染が急速に拡大する中で、医療機関・薬局等においては、それぞれの機能・規模に応じた地域の役割分担の下で、必要な医療提供を継続することが求められる。
- 医療機関・薬局等において、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ことができるよう、緊急的臨時的な対応として、感染拡大防止等の支援を行う。

事業内容

〔対象医療機関〕

院内等での感染拡大を防ぐための取組を行う、保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者、助産所

- ※ 「診療・検査医療機関の感染拡大防止等の支援」又は「医療機関・薬局等の感染拡大防止等の支援」のどちらかの補助を受けることができる（両方の補助を重複して受けることはできない）。
- ※ 令和2年度第二次補正予算による「医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援」の補助を受けた医療機関も補助対象となる。
- ※ 令和2年9月15日の予備費による「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」の感染拡大防止等の補助を受けた医療機関については、令和2年度第三次補正予算の「医療機関・薬局等の感染拡大防止等の支援」の方が補助上限額が高い場合は、差額分を補助。
- ※ 令和2年度第三次補正予算による「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等は対象外。

〔補助基準額〕 以下の額を上限として実費を補助

- ・ 病院・有床診療所（医科・歯科） 25万円＋5万円×許可病床数
- ・ 無床診療所（医科・歯科） 25万円
- ・ 薬局、訪問看護事業者、助産所 20万円

〔対象経費〕 令和3年4月1日から令和3年9月30日までにかかる感染拡大防止対策や診療体制確保等に要する費用（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除く）

- ※ 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、幅広く対象となる。
例：消毒・清掃・リネン交換等の委託、感染性廃棄物処理、個人防護具の購入、寝具リース、CTリース等
- ※ 看護師等が消毒・清掃・リネン交換等を行っている場合は、看護師等の負担軽減の観点から、本補助金を活用して、民間事業者に消毒・清掃・リネン交換等を委託することが可能。

令和３年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金に関するＱ＆Ａ

令和３年４月９日 第１版

〔事業内容について〕

１ 「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ます（又は申請を行っています）が、本補助金の申請を行い、補助を受けることができますか。

（答）

- 本補助金は、原則として、「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」による補助を受けた医療機関等は対象外となります。
- ただし、「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診療・検査医療機関(仮称)の指定を受けた医療機関については、同補助金の補助基準額（上限額）が本補助金の補助基準額（上限額）より低い場合は、差額について本補助金の申請をすることができます。

２ どのような経費が補助対象となるのでしょうか。

（答）

- 「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、感染拡大防止対策や診療体制確保等に要する費用が対象です。
- 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、幅広く対象となります。
 - ※ 例：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
 - ※ 二次補正予算による「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」や「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」、令和２年９月１５日の予備費による「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」、令和２年度第三次補正予算による「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」の対象経費と同じです。

3 いつからいつまでの経費が対象となるのでしょうか。また、申請期間はいつからいつまでになるのでしょうか。

(答)

- 令和3年4月1日から令和3年9月30日までにかかる経費が対象となります。
- 申請期間は、令和3年4月9日から令和3年9月30日（当日消印有効）です。

※ 本補助金は、令和3年度の補助金であり、令和2年度の経費は対象になりません。

- なお、申請日以降に発生が見込まれる費用も合わせて、概算で申請することも可能としています。概算で申請した場合、事業終了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。

4 新型コロナ患者・疑い患者の受入れ対応等をしていなくても対象となるのでしょうか。

(答)

- 補助の対象となる医療機関等の区分のうち、「医療機関・薬局等」については、新型コロナ患者・疑い患者の受入れ対応は要件となっておりません。

5 病院や有床診療所について、許可病床数に応じて上限額が加算されますが、加算される許可病床数に上限はあるのでしょうか。

(答)

- 許可病床数の上限はありません。

6 本事業について、許可病床数には一般病床以外の病床も含まれるのでしょうか。

うか。また、いつ時点の許可病床数になるのでしょうか。

(答)

- 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となります。
- なお、原則として、令和3年4月1日時点での許可病床数となりますが、増床や新規開院をしている場合は「申請を行う日」の許可病床数を用いてください。

7 交付決定前に契約した事業であっても、本補助金の交付要綱に沿った事業であれば、補助対象になるのでしょうか。

(答)

- 交付要綱に基づいた事業であり、令和3年4月1日から令和3年9月30日までの期間に実施する事業に係る経費であれば補助対象となり得ます。ただし、他の補助事業の対象経費としたものを計上することはできません。

8 本補助金で整備した設備について、新型コロナウイルス感染症の終息後、廃棄する場合、財産処分の手続きが必要となるのでしょうか。

(答)

- 交付要綱6(5)に定めるとおり、事業により取得し、又は効用の増加した財産で価格が単価50万円(民間医療機関にあつては30万円)以上の機器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第14条第1項第2号に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、本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、担保に供し又は廃棄する場合は、厚生労働大臣の承認が必要となります。
- ただし、新型コロナウイルス感染症対策として緊急的・一時的に整備が必要であり、元々、新型コロナウイルス感染症の終息後に廃棄することが予定されている場合は、交付の目的に反しているわけではないので、厚生労働大臣の承認を受けずに廃棄することが可能です。
- なお、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国庫に納付していただくこととなります。

9 質問2において、「『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、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、幅広く対象となる」旨が記載されていますが、例えば、以下のような経費も対象となり得るということによいでしょうか。

(例)

- ・ 日常業務に要する消耗品費（固定資産に計上しないもの）
- ・ 日常診療に要する材料費（衛生材料、消毒薬など）
 - ※ 直接診療報酬等を請求できるもの以外
- ・ 換気のための軽微な改修（修繕費となるもの）
- ・ 水道光熱費、燃料費
- ・ 電話料、インターネット接続等の通信費
- ・ 休業補償保険等の保険料
- ・ 受付事務や清掃の人材派遣料で従前からの契約に係るもの
- ・ 受付事務や清掃の外部委託費で従前からの契約に係るもの
- ・ 日常診療に要する検査外注費
 - ※ 直接診療報酬等を請求できるもの以外
- ・ 既存の施設・設備に係る保守・メンテナンス料
- ・ 既存の診療スペースに係る家賃
- ・ 既存の医療機器・事務機器のリース料

(答)

- 本事業は、感染防止対策に取り組む保険医療機関等において、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ことができるよう、感染防止対策等の支援を行うことを目的としています。
- こうした補助金の目的に合致するものは、感染拡大防止対策に要する費用そのものにとどまらず、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、幅広く対象となり、例示された経費も対象となり得ます。
 - ※ 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かかる人件費は対象になりません。

10 質問3において、「令和3年4月1日から令和3年9月30日までにかかる経費が対象となる」旨が記載されていますが、例えば、当該医療機関の医療従事者が新型コロナウイルス感染症に感染したことに伴い、一時的に閉院又は外来を閉鎖した場合の補償を行う保険の保険期間に令和3年10月1日以降が含まれる

まれている場合は、当該期間の保険料は控除して申請する必要がありますか。

(答)

- 医療従事者が新型コロナウイルス感染症に感染したこと又は濃厚接触したことに伴い、休業又は病棟や外来の閉鎖をした場合の補償を行う保険については、医療機関が医療提供を継続する上で避けることのできない新型コロナウイルス感染症への感染や濃厚接触の可能性に備えるものです。
- そのため、以下の①から③を全て満たす場合には、令和3年4月1日から令和3年9月30日までに支払った保険料の全額を補助対象の経費として差し支えありません。
 - ① 新型コロナウイルス感染症の影響による休業（病棟や外来を閉鎖した場合を含む）について補償する保険であること。
 - ② 契約期間を任意に設定することができないことにより、保険期間に令和3年10月1日以降が含まれること。
 - ③ 令和3年4月1日から令和3年9月30日までに保険料の支払いを行っており、その支払った額が12か月以下の最も短い期間を対象とした保険料であること。

11 簡易病室の設置について、例えば、簡易病室を駐車場等に設置する場合や、既存病室を個室化して簡易病室に改修する場合などで、固定資産に計上しないものであれば、補助の対象になりますか。補助の対象となる場合、申請する科目名は何になりますか。

(答)

- 簡易病室の設置（駐車場等への設置、既存病室の個室化を含む）については、簡易な構造をもち緊急的かつ一時的に設置するものであって、固定資産に計上されないものであれば、備品購入費や、需用費の修繕料として、補助の対象となり得ます。

12 HEPA フィルターの付いていない空気清浄機や、医療用でない一般用の空気清浄機の購入費用も、補助の対象になりますか。

(答)

- 本事業は、感染防止対策に取り組む保険医療機関等において、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ことができるよう、感染防止対策等の支援を行うことを目的としています。

- こうした補助金の目的に合致するものは、空気清浄機についても、HEPA フィルターの有無や、医療用か一般用かどうかで補助対象の適否の別を設けることなく、幅広く補助の対象となり得ます。

13 備品購入費について、新型コロナ患者・疑い患者の診療に要する機器・備品の購入に限らず、日常診療業務に要する医療機器、空気清浄機、事務機器等の備品も対象となり得ますか。

(答)

- 本事業は、感染防止対策に取り組む保険医療機関等において、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ことができるよう、感染防止対策等の支援を行うことを目的としています。
- こうした補助金の目的に合致するものは、感染拡大防止対策に要する費用そのものにとどまらず、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、幅広く対象となり、例示された経費も対象となり得ます。

14 補助の対象となる機器・備品 1 台の購入価格に上限はありますか。

(答)

- 補助の対象となる機器・備品 1 台の購入価格に上限は定めていません。
※ 対象医療機関等の区分ごとの補助の上限額は決まっています。

15 紫外線殺菌照射装置の購入費用も、補助の対象となりますか。

(答)

- 本事業は、感染防止対策に取り組む保険医療機関等において、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ことができるよう、感染防止対策等の支援を行うことを目的としています。
- こうした補助金の目的に合致するものは、照会された経費も対象となり得ます。

【申請等について】

1 申請に関する相談はどこにすればいいですか。

(答)

- 国が直接交付を行う事業となっているため、申請先は国（厚生労働大臣）となります。
- 申請書の書き方など申請に関する相談などは、以下の連絡先にお問い合わせください。

※ 厚生労働省医療提供体制支援補助金コールセンター

電話：0120-336-933（平日 9:30～18:00）

2 申請にあたり必要な書類など、具体的な手続きはどうすればいいですか。

(答)

- 以下の厚生労働省ホームページにおいて、申請書様式のダウンロードができるほか、申請書記載例も掲載していますので、ご確認ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_17941.html

- 申請に当たって提出が必要な書類は、以下のとおりです。

【申請する経費の支出が全て終わっている場合】

①交付申請書（第5号様式）

②申請書の別紙

③厚生労働省への請求書

上記の厚生労働省ホームページ

からダウンロードしてください。

④（「診療・検査医療機関（仮称）」の場合のみ）

「診療・検査医療機関（仮称）」として都道府県から指定を受けたことを証明する書類（都道府県の指定通知書等の写し）

⑤申請する経費に係る領収書等の支出額が分かるもの（写し）

【申請する経費の支出が終わっていない場合】

①交付申請書（第3号様式）

②申請書の別紙

③厚生労働省への請求書

上記の厚生労働省ホームページ

からダウンロードしてください。

④（「診療・検査医療機関（仮称）」の場合のみ）

「診療・検査医療機関（仮称）」として都道府県から指定を受けたことを証明する書類（都道府県の指定通知書等の写し）

※ 事後に事業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。

- 申請書等の提出は、以下へ郵送してください。

住所：〒119-0397 銀座郵便局留

宛先：厚生労働省 新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金担当 宛

3 いつまでに申請する必要がありますか。

(答)

- 申請書の提出期限は、令和3年9月30日（当日消印有効）です。

4 「診療・検査医療機関（仮称）」の場合、診療・検査医療機関（仮称）として都道府県に指定を受けたことを証明する書類が必要とのことですが、具体的にどのような書類が必要ですか。

(答)

- 都道府県が発行する「診療・検査医療機関（仮称）」の指定通知書や指定証明書等の写しを添付してください。本補助金の申請日時点で指定通知書等に記載された指定期限が切れている場合(*)は、申請日時点で診療・検査医療機関（仮称）の指定期限内である指定通知書等を入手した上で申請するようお願いします。

* 例えば、指定期限が令和3年3月31日までとされている場合等。

5 対象期間中であれば、複数回の申請が可能ですか。

(答)

- 申請は各施設で1回のみです。

【申請書等作成にあたっての注意点】

※必ず記載例を確認してください。

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

【掲載資料一覧】

申請時に使用するシート

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

記載例

- 第3、5号様式（記載例）
- 別紙（記載例）
- 請求書（記載例）

第 3 号様式

申請日 (別紙より自動転記)

厚生労働大臣 殿

所在地 (別紙より自動転記)
 施設名称 (別紙より自動転記)
 代表者名 (別紙より自動転記)

「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

標記について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて申請する。

- | | | |
|---|-----------|--------------|
| 1 | 国庫補助申請額 | 金（申請額 自動転記）円 |
| 2 | 交付申請書（別紙） | |
| 3 | 添付書類 | |

請 求 書

「令和 3 年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」について、下記の通り請求します。

金

(自動計算)

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	別紙より転記	支店名	別紙より転記
預貯金種別	別紙より転記	口座番号	別紙より転記
(フリガナ)	別紙より転記		
口座名	別紙より転記		
郵便番号	別紙より転記		
住所	別紙より転記		
交付申請 交付請求	別紙より転記		

補助事業者名

別紙より転記

代表者名

印

官 署 支 出 官

厚生労働省大臣官房会計課長 殿

別紙

黄色セル部分に記載をお願いいたします。※入力するとセルの色が白になります。

交付申請書(別紙) 令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金

申請日	令和		年		月		日
-----	----	--	---	--	---	--	---

<令和3年度用>

I. 基本情報
(1)施設概要申請期間外です
申請期間令和3年4月9日～9月30日

未入力の項目があります。

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	
代表者職名																代表者氏名	
連絡先																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 病棟・有床診療所のみ	
																施設類型及び許可病床数に間違いがない	

原則として令和3年4月1日現在の医療法上の許可病床数

「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」
による補助を受けていない

左記の補助金による補助を受けた医療機関等は、原則として本補助金の対象外となります。左記の補助金による補助を受けた医療機関で、左記補助金の申請日以降に新たに都道府県の指定を受けた「診療・検査医療機関(仮称)」の場合は、申請様式が異なりますのでご注意ください。

発熱患者等の診療又は検査可能な医療機関として都道府県の指定を受けた「診療・検査医療機関(仮称)」である。

「はい」の場合は、都道府県から交付された指定通知書や指定証明書等の写しを添付してください。

(2)他補助金の受給状況

※令和2年9月15日の予備費による「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」

「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」※の補助を受けている。

必要に応じて、左記補助事業の申請書や実績報告書の内容を確認いたします。

「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」※の申請に用いた許可病床数と本事業の申請に用いる許可病床数は同じである。

当該事業※申請時の
許可病床数

a「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」の補助基準額(上限額) ※(円)

非該当

「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」※の補助を受けた医療機関は、当該事業※の補助基準額(上限額)が「25万円+5万円×許可病床数」より低い場合、差額分が本事業の補助基準額(上限額)になります(※(3)②に表示されます)。
※なお、「インフルエンザ流行期における救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」において、新型コロナウイルス感染症入院患者受入割当医療機関(重点医療機関、協力医療機関その他の都道府県が新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の入院受け入れを割り当てた医療機関)として補助基準額(上限額)に加算されている10,000千円については、本補助金の補助上限額から控除する金額に含まれません。

(3)補助基準額(上限額) ((2)の「他補助金の受給状況」により、下記①又は②のいずれかになります。)

①診療・検査医療機関及び医療機関・薬局等(「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」※の補助を受けていない医療機関等)

b.本事業の補助基準額(上限額)(円)

0

②「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」※の補助を受けている医療機関

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

非該当

II. 補助金の振込先

金融機関名		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 (フリガナ)								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							
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（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。）	支出額(円) (支出(予定)のない科目は「0」と記入してください)	収入額(円) (収入(予定)のない場合は「0」と記入してください)
支出	賃金・報酬			
	謝金			
	会費			
	旅費			
	需用費			
	役務費			
	委託料			
	使用料及び賃借料			
	備品購入費			
	d.合計支出額(総事業費)		(自動計算)	
収入	e.上記支出に対する本補助金以外の寄付金・その他の収入			
f.合計支出(予定)額-収入(予定)額(円)(d-e) ただし、d-eが「0」以下の場合は、「0」			(自動計算)	
補助申請額(円)(b又はcとのいずれか少ない額) 【1000円未満切捨】			(自動計算)	

上記「支出額」について、全ての支払が完了している。

「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。

IV. 確認事項

申請内容に補助の対象にならない経費が含まれている場合や他補助金の申請内容等に関する都道府県への確認について同意されない場合は申請できませんので、ご確認ください。

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、本事業の補助対象外です。

上記「支出額」に他の補助金と対象経費が重複するものは含まれていない。

他の補助金と重複する経費は、本事業の補助対象外です。

本事業の申請書、実績報告書等の審査・確認過程で、他の補助金の申請書、実績報告書等の内容を、必要に応じて国から都道府県に確認することがあることに同意する。

必要に応じて、他の補助金と重複する経費がないかなどを確認させていただきます。本事業の補助を受けるには、左記項目に同意いただく必要があります。

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	(別紙より自動転記)	
補助申請額 (交付申請書(別紙)からの転記)	(自動計算)											領収書等の合計額		領収書等の合計額が補助申請額より少ない額です。ご確認ください。

交付申請書(別紙)のⅢ.申請内容に記載した支出額について、すべての支払が完了している場合にこの様式に領収書(写し)等の証拠書類を添付してください。

領収書等の合計額を入力した後に、本用紙を印刷していただき、対象期間(令和3年4月1日から令和3年9月30日)に、支出した額がわかる書類(領収書等)の写しを貼付して下さい。

領収書等(写し)を本用紙1枚に貼付しきれない場合は、本用紙を複数枚印刷して、領収書(写し)を貼付してください。

A4サイズ以上の領収書等について、本用紙に貼付するのではなく、クリップなどでまとめて添付してください。

(領収書(写し)は、こちらの線より下に貼付してください。 ※記載されている貼付例や注意事項と重ねて貼付しても差し支えありません。)

貼付例

・領収書の一部が補助対象の場合

領収書

A病院様

金額 ¥○○○,○○○ (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 ¥――,―― (税込)

株式会社▶▶▶

〇〇リース代 2021年4月～2022年3月分

月数で按分し、2021年4月から2021年9月分の費用 ¥××××を交付申請する

・領収書が発行されない場合

納品書

A病院様

金額 ¥○○,○○○ (税込)

株式会社××××

内訳

請求書

A病院様

金額 ¥○○,○○○ (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)を合わせて貼付いただいたり、納品書(写し)と合わせて、当該費用に関する部分の通帳の写しを添付する等、納品と支払が確認できる書類を添付してください。

(参考) 医療機関等コードにおける都道府県番号一覧及び点数表番号一覧

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	1	石川県	17	岡山県	33
青森県	2	福井県	18	広島県	34
岩手県	3	山梨県	19	山口県	35
宮城県	4	長野県	20	徳島県	36
秋田県	5	岐阜県	21	香川県	37
山形県	6	静岡県	22	愛媛県	38
福島県	7	愛知県	23	高知県	39
茨城県	8	三重県	24	福岡県	40
栃木県	9	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		

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

「東京都」・「医科」の医療機関の場合、
通常使用される7桁の医療機関コードに、
「13（東京都）」・「1（医科）」を加えて

「131○○○○○○○」

となります。

【申請書等作成にあたっての注意点】

※必ず記載例を確認してください。

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

【掲載資料一覧】

申請時に使用するシート

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

記載例

- 第3、5号様式（記載例）
- 別紙（記載例）
- 請求書（記載例）

第5号様式

申請書 記載例

医第〇〇-〇号
令和3年9月30日

交付申請書（別紙）の72行目の「上記「支出額」について、全ての支払が完了している。」への回答によって表示される様式番号が以下の通り異なります。
「いいえ」の場合；第3号様式
「はい」の場合；第5号様式

必要に応じ文書番号を記載してください。

厚生労働大臣 殿

必要事項は、交付申請書別紙より自動転記されますので、転記された内容に間違いがないか確認し、必要に応じて、添付書類の記載を修正や追加してください。また、文書番号の発番が必要な場合のみ日付の上に記載してください。

東京千代田区〇〇町〇番〇号
〇〇病院
病院長 〇〇 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」の精算交付申請書

標記について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて申請する。

交付申請書（別紙）の72行目の「上記「支出額」について、全ての支払が完了している。」への回答によって表示される書類の名称が、以下の通り異なります。
「いいえ」の場合；「-----」の交付申請書
「はい」の場合；「-----」の精算交付申請書

1 国庫補助申請額 金 3,789,000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
- ・領収書等の証拠書類

添付が必要な書類が表示されますが、添付書類の内容に修正が必要な場合は、ご自身で修正や追加をしてください。

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

交付申請書(別紙)

令和3年9月30日

令和3年9月30日

必須項目(黄色のセル)すべてに入力をして下さい。入力するとセルの色が白色になります。
※入力内容によって必須項目は異なります。

未入力の項目があります。

「診療・検査医療機関」として申請されると最も補助上限額が高くなる医療機関の場合に表示されます。

必須項目に未入力の項目や施設類型と病床数が一致しない場合は注意書きが表示されます。
ここに注意書きが表示されたまま申請されると、記載不備となり補助が受けられない可能性がありますので、ご注意ください。
(記載例では、医療機関等コードの10桁目が未入力)
※ なお、ここに注意書きが表示されないことで記載不備がないことを約束するものではありません。

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：都市区番号
○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。

病院又は有床診療所の場合は、許可病床数を入力して下さい。その他の施設類型の場合は、灰色になります。施設類型と病床数が一致しない場合は、施設類型の下に注意書きが表示されます。

記入した施設類型と病床数に間違いがないか確認して、間違いなければ「はい」を選択してください。(間違いがある場合は、施設類型もしくは許可病床数を修正し、「はい」を選択してください。)

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た医療機関で、同補助金の申請日以降に新たに都道府県の指定を受けた「診療・検査医療機関(仮称)」の場合は、申請様式が異なりますのでご注意ください。

都道府県の指定を受けた「診療・検査医療機関(仮称)」の場合は、「はい」を選択いただき、都道府県から交付された指定通知書や証明書等の写しを添付してください。

(2)他補助金の受給状況

※令和2年9月15日の予備費による「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」

「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」※の補助を受けていない

はい

左記の補助金による補助を受けた医療機関等は、原則として本補助金の対象外となります。左記の補助金による補助を受けた医療機関で、左記補助金の申請日より前に新たに都道府県の指定を受けた「診療・検査医療機関(仮称)」の場合は、申請様式が異なりますのでご注意ください。

都道府県の指定を受けた「診療・検査医療機関(仮称)」である。

はい

「はい」の場合は、都道府県から交付された指定通知書や証明書等の写しを添付してください。

(2)他補助金の受給状況

※令和2年9月15日の予備費による「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」

「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」※の補助を受けている

いいえ

必要に応じて、左記補助事業の申請書や実績報告書の内容を確認いたします。

「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」※の申請に用いた許可病床数と本事業の申請に用いる許可病床数は同じである。

当該事業※の申請時の許可病床数

「インフルエンザ流行期における救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」の補助を受けている医療機関は、必須項目になります。

a.「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」※の補助基準額(上限額)(円)

非該当

「インフルエンザ流行期における救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」の補助を受けた医療機関であって「インフルエンザ流行期における救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」の申請に用いた許可病床数と、本事業の申請に用いる許可病床数が異なる場合は、必須項目となります。

b.本事業の補助基準額(上限額)(円)

10,250,000

②「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」※の補助を受けている医療機関

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

非該当

Ⅱ. 補助金の振込先

金融機関名

△△銀行

金融機関コード

0000

支店名

●●支店

支店コード

001

預金種別

1

口座番号(右詰め)

※8桁未満の場合、頭に「0」をつけて8桁にしてください

11111111

1:普通 2:当座 6:別段(フリガナ)

マルマルビョウイン

取引口座名

〇〇病院

希望される補助金の振込先を記載してください。

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。

事業開始日や事業終了日が適切でない場合に、注意書きが表示されます。注意書きの記載を確認して、事業開始日や事業終了日を修正してください。

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10月15日

事業終了日が対象期間外です

科目

内容(各科目の内容を30文字程度で記入ください。支出(予定)のない科目には「なし」と記入してください。)

支出額(円)(支出(予定)のない科目は「0」と記入してください)

収入額(円)(収入(予定)のない場合は「0」と記入してください)

支出

賞金・報酬

臨時職員の給与

234,000

謝金

勉強会の講師謝金

200,000

会議費

勉強会の会場費など

120,000

旅費

医師の派遣の旅費

30,000

需用費

職員用マスク

350,000

役務費

なし

0

委託料

清掃委託

2,000,000

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

855,500

d.合計支出額(総事業費)

3,789,500

収入

e.上記支出に対する本補助金以外の寄付金・その他の収入

0

f.合計支出(予定)額-収入(予定)額(円)(d-e) ただし、d-eが「0」以下の場合は、「0」

3,789,500

補助申請額(円)(b又はeとのいずれか少ない額) 【1000円未満切捨】

3,789,000

上記「支出額」について、全ての支払が完了している。

はい

「はい」の場合は、各対象経費について、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」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。

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。)
・賞金・報酬：感染防止対策を実施する者を新規に雇用した際の賞金 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：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

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

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。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。

Ⅳ. 確認事項 申請内容に補助の対象にならない経費が含まれている場合や他補助金の申請内容等に関する都道府県への確認について同意されない場合は申請できませんので、ご確認ください。

上記「賞金・報酬」に従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は含まれていない

はい

従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は、本事業の補助対象外です。

他補助金と重複する経費は、本事業の補助対象外です。

本事業の申請書、実績報告書等の審査・確認過程で、他の補助金の申請書、実績報告書等の内容を、必要に応じて国から都道府県に確認することがあることに同意する。

はい

必要に応じて、他の補助金と重複する経費がないか等を確認させていただきます。本事業の補助を受けるには、左記項目に同意いただく必要があります。

請 求 書

請求書 記載例

「令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」について、下記の通り請求します。

金

3,789,000

円

なお、上記金額

交付申請書別紙より自動転記されますので、
転記された内容に間違いがないかご確認ください。
(間違いがあった場合は、交付申請書別紙を修正してください。)
間違いがないこと確認の上、代表者印を押印してください。

金融機関名	●●支店
預貯金種別	11111111
(フリガナ)	
口座名	
郵便番号	
住所	東京千代田区〇〇町〇番〇号
交付申請	令和3年9月30日
交付請求	

補助事業者名

〇〇病院

代表者名

〇〇 〇〇

印



押印

官 署 支 出 官

厚生労働省大臣官房会計課長 殿

【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）

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

所在地
施設名称
代表者名

「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

	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。
	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。

- 1 国庫補助申請額 金 円
- 2 交付申請書（別紙）
- 3 添付書類

別紙

黄色セル部分に記載をお願いいたします

【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	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

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	
-------	--	-------	--

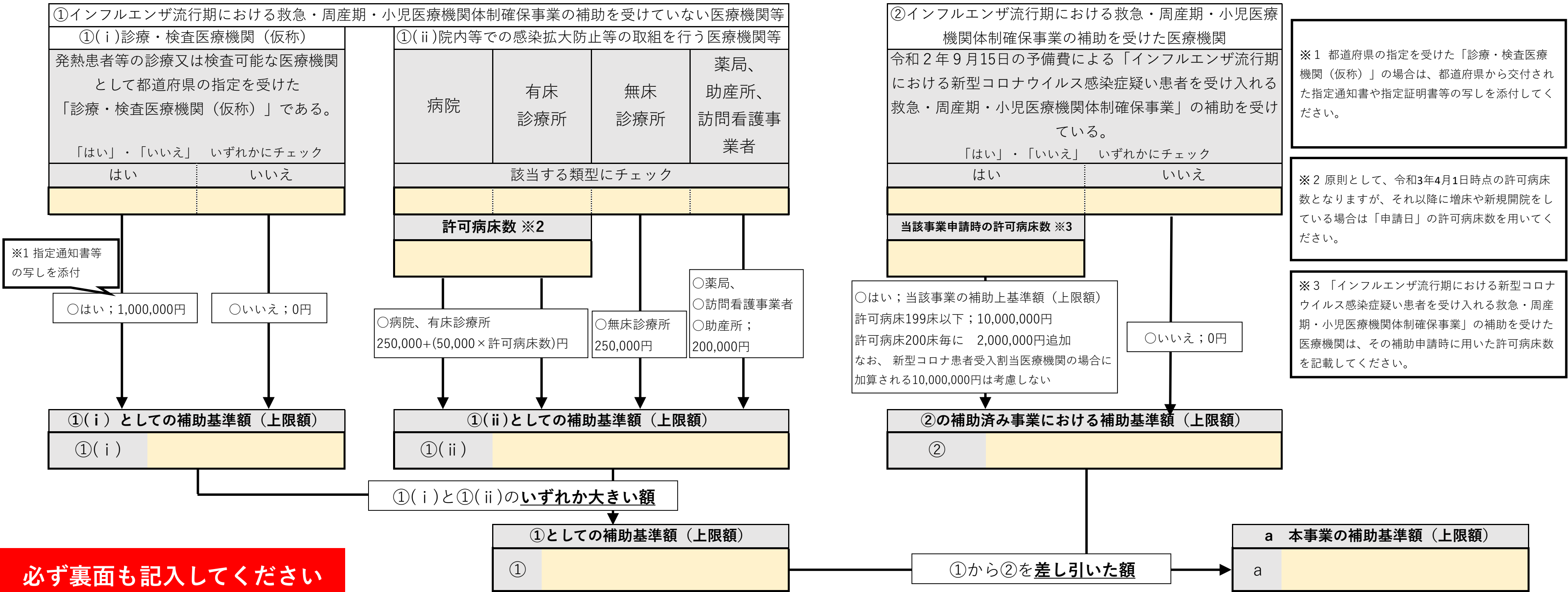
連絡先	担当部署	担当者氏名	連絡先電話番号	連絡先メールアドレス

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ない	はい	いいえ
---	----	-----

左記の補助金による補助を受けた医療機関等は、原則として本補助金の対象外となります。左記の補助金による補助を受けた医療機関で、左記補助金の申請日以降に新たに都道府県の指定を受けた「診療・検査医療機関（仮称）」の場合は、申請様式が異なりますのでご注意ください。

(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。



別紙

黄色セル部分に記載をお願いいたします

【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		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				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（※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。）				支出額（円） （支出（予定）のない科目は「0」と記入してください）	収入額（円） （収入（予定）のない場合は「0」と記入してください）
支出	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） 【1000円未満切捨】							

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。
---------------------------	----	-----	--

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	「はい」 / 「いいえ」 のいずれかに「○」をつけてください。
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

参考様式

領収書等貼付用紙_令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金											
医療機関等 コード（10桁）										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 ¥一一,一一一（税込）

株式会社▶▶▶

〇〇リース代

2021年1月～2021年12月分

月数で按分し、2021年4月から2021年9月分の費用 ¥××××を交付申請する

・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

A病院 様

金額 ¥〇〇,〇〇〇（税込）

株式会社××××

請求書

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

	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。
✓	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 3,250,000 円

2 交付申請書（別紙）

3 添付書類

・支出が確認できる書類（領収書等）

別紙

黄色セル部分に記載をお願いいたします

【表紙】 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
-----	---------------

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）	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	

「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」による補助を受けていない	☒ はい	☐ いいえ	左記の補助金による補助を受けた医療機関等は、原則として本補助金の対象外となります。左記の補助金による補助を受けた医療機関で、左記補助金の申請日以降に新たに都道府県の指定を受けた「診療・検査医療機関（仮称）」の場合は、申請様式が異なりますのでご注意ください。
---	-------------------------------------	---------------------------	--

(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インフルエンザ流行期における救急・周産期・小児医療機関体制確保事業の補助を受けていない医療機関等 ①(i)診療・検査医療機関（仮称） 発熱患者等の診療又は検査可能な医療機関として都道府県の指定を受けた「診療・検査医療機関（仮称）」である。 「はい」・「いいえ」 いずれかにチェック はい いいえ ✓	①(ii)院内等での感染拡大防止等の取組を行う医療機関等 病院 有床診療所 無床診療所 業局、助産所、訪問看護事業者 該当する類型にチェック 許可病床数 ※2 300 ○病院、有床診療所 250,000+(50,000×許可病床数)円 ○無床診療所 250,000円 ○業局、助産所、訪問看護事業者 200,000円	②インフルエンザ流行期における救急・周産期・小児医療機関体制確保事業の補助を受けた医療機関 令和2年9月15日の予備費による「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」の補助を受けている。 「はい」・「いいえ」 いずれかにチェック はい いいえ ✓ 当該事業申請時の許可病床数 ※3 300 ○はい；当該事業の補助上基準額（上限額） 許可病床199床以下：10,000,000円 許可病床200床毎に 2,000,000円追加 なお、新型コロナウイルス患者受入前当医療機関の場合に加算される10,000,000円は考慮しない ○いいえ；0円	※1 都道府県の指定を受けた「診療・検査医療機関（仮称）」の場合は、都道府県から交付された指定通知書や証明書等の写しを添付してください。 ※2 原則として、令和3年4月1日時点の許可病床数となりますが、それ以降に増床や新規開院をしている場合は「申請日」の許可病床数を用いてください。 ※3 「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」の補助を受けた医療機関は、その補助申請時に用いた許可病床数を記載してください。
①(i)としての補助基準額（上限額） ①(i) 1,000,000	①(ii)としての補助基準額（上限額） ①(ii) 15,250,000	②の補助済み事業における補助基準額（上限額） ② 12,000,000	
①(i)と①(ii)のいずれか大きい額		a 本事業の補助基準額（上限額） ① 15,250,000 ①から②を差し引いた額 a 3,250,000	

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

【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）	1	1	1	1	1	1	1	取引口座名	〇〇病院		
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								(フリガナ) マルマルビョウイン			

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 3 日	
支出	科目	内容（※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。）	支出額（円） （支出（予定）のない科目は「0」と記入してください）	収入額（円） （収入（予定）のない場合は「0」と記入してください）
	賃金・報酬	臨時職員の給与	234,000	
	謝金	勉強会の講師謝金	200,000	
	会議費	勉強会の会場費など	120,000	
	旅費	医師の派遣の旅費	30,000	
	需用費	職員用マスク	350,000	
	役務費	なし	0	
	委託料	清掃委託	2,000,000	
	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	855,500	
	b.合計支出額（総事業費）		3,789,500	
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」			3,789,500	
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】			3,250,000	
上記「支出額」について、全ての支払が完了している。		☒ はい	☐ 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。

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	「はい」/「いいえ」のいずれかに「0」をつけてください。
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	

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：都市区番号
○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た医療機関で、同補助金の申請日以降に新たに都道府県の指定を受けた「診療・検査医療機関（仮称）」の場合は、申請様式が異なりますのでご注意ください。

都道府県の指定を受けた「診療・検査医療機関（仮称）」の場合は、「はい」を選択いただき、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。

「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」の補助を受けた医療機関は、当該事業の補助基準額（上限額）が「250千円+50千円×許可病床数」より低い場合、その差額分の補助を本事業により受けることが可能です。

「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」の補助を受けた医療機関は、当該事業の補助基準額（上限額）が「250千円+50千円×許可病床数」より低い場合、その差額分の補助を本事業により受けることが可能です。

希望される補助金の振込先を記入してください。

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
・役務費：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。

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。

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。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。

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 3,250,000 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	0 1 2 – 3 4 5 6		
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

【申請書等作成にあたっての注意点】

※必ず記載例を確認してください。

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

【掲載資料一覧】

申請時に使用するシート

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

記載例

- 第３、５号様式（記載例）
- 別紙（記載例）
- 請求書（記載例）

1	国庫補助申請額	金（申請額 自動転記）円
2	交付申請書（別紙）	
3	添付書類	

請 求 書

「令和３年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」について、下記の通り請求します。

金

(自動計算)

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	別紙より転記	支店名	別紙より転記
預貯金種別	別紙より転記	口座番号	別紙より転記
(フリガナ)	別紙より転記		
口座名	別紙より転記		
郵便番号	別紙より転記		
住所	別紙より転記		
交付申請	別紙より転記		
交付請求			

補助事業者名

別紙より転記

代表者名

印

官 署 支 出 官

厚生労働省大臣官房会計課長 殿

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

<令和3年度用>

I. 基本情報

(1)施設概要

申請期間外です
申請期間令和3年4月9日～9月30日

未入力の項目があります。

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

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

左記の補助金による補助を受けていない医療機関の場合は、申請様式が異なりますのでご注意ください。

令和2年度事業の申請時における施設類型等(今回の申請時時点のものではないので、ご注意ください。)

施設類型(プルダウンから選択)

許可病床数
病院・有床診療所のみ

施設類型及び許可病床数に間違いがない

令和2年度事業の申請時に用いた許可病床数

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。

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(上限額)

a_本事業の補助基準額(上限額)(円)

(自動計算)

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 0: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 (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。)	支出額(円) (支出(予定)のない科目は「0」と記入してください)	収入額(円) (収入(予定)のない場合は「0」と記入してください)
支出	賞金・報酬			
	謝金			
	会費			
	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)		(自動計算)	
収入	e_上記支出に対する本補助金以外・寄付金・その他の収入			
d_合計支出(予定)額-収入(予定)額(円)(b-e) ただし、b-eが「0」以下の場合は、「0」			(自動計算)	
補助申請額(円)(aとdのいずれか少ない額) 【1000円未満切捨】			(自動計算)	

上記「支出額」について、全ての支払が完了している。

「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。

IV. 確認事項

申請内容に補助の対象にならない経費が含まれている場合や他補助金の申請内容等に関する都道府県への確認について同意されない場合は申請できませんので、ご確認ください。

上記「賞金・報酬」に従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は含まれていない

従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は、本事業の補助対象外です。

上記「支出額」に他の補助金と対象経費が重複するものは含まれていない。

他の補助金と重複する経費は、本事業の補助対象外です。

本事業の申請書、実績報告書等の審査・確認過程で、他の補助金の申請書、実績報告書等の内容を、必要に応じて国から都道府県に確認することがあることに同意する。

必要に応じて、他の補助金と重複する経費がないかを確認させていただきます。本事業の補助を受けるには、左記項目に同意いただく必要があります。

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												
医療機関等 コード（10桁）											施設名称	（別紙より自動転記）
補助申請額 （交付申請書（別紙）からの転記）		（自動計算）		領収書等の合計額		領収書等の合計額が補助申請額より少ない額です。ご確認ください。						
交付申請書（別紙）のⅢ.申請内容に記載した支出額について、すべての支払が完了している場合にこの様式に領収書（写し）等の証拠書類を添付してください。 領収書等の合計額を入力した後に、本用紙を印刷していただき、対象期間（令和3年4月1日から令和3年9月30日）に、支出した額がわかる書類（領収書等）の写しを貼付して下さい。 領収書等（写し）を本用紙1枚に貼付しきれない場合は、本用紙を複数枚印刷して、領収書（写し）を貼付してください。 A4サイズ以上の領収書等について、本用紙に貼付するのではなく、クリップなどでまとめて添付してください。												

（領収書（写し）は、こちらの線より下に貼付してください。 ※記載されている貼付例や注意事項と重ねて貼付しても差し支えありません。）

貼付例

・領収書の一部が補助対象の場合

領収書

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 ¥――,―――（税込）

株式会社▶▶▶

〇〇リース代

月数で按分し、2021年4月から2021年9月分の費用 ¥××××を交付申請する

2021年4月～2022年3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

A病院様

金額 ¥〇〇,〇〇〇（税込）

株式会社××××

請求書

領収書が発行されない場合は、請求書（写し）と納品書（写し）を合わせて貼付いただいたり、納品書（写し）と合わせて、当該費用に関する部分の通帳の写しを添付する等、納品と支払が確認できる書類を添付してください。

(参考) 医療機関等コードにおける都道府県番号一覧及び点数表番号一覧

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	1	石川県	17	岡山県	33
青森県	2	福井県	18	広島県	34
岩手県	3	山梨県	19	山口県	35
宮城県	4	長野県	20	徳島県	36
秋田県	5	岐阜県	21	香川県	37
山形県	6	静岡県	22	愛媛県	38
福島県	7	愛知県	23	高知県	39
茨城県	8	三重県	24	福岡県	40
栃木県	9	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		

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

「東京都」・「医科」の医療機関の場合、
通常使用される7桁の医療機関コードに、
「13（東京都）」・「1（医科）」を加えて

「131○○○○○○○」

となります。

【申請書等作成にあたっての注意点】

※必ず記載例を確認してください。

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

【掲載資料一覧】

申請時に使用するシート

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

記載例

- 第3、5号様式（記載例）
- 別紙（記載例）
- 請求書（記載例）

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

第5号様式

申請書 記載例

医第〇〇-〇号
令和3年9月30日

交付申請書（別紙）の72行目の「上記「支出額」について、全ての支払が完了している。」への回答によって表示される様式番号が以下の通り異なります。
「いいえ」の場合；第3号様式
「はい」の場合；第5号様式

必要に応じ文書番号を記載してください。

厚生労働大臣 殿

必要事項は、交付申請書別紙より自動転記されますので、転記された内容に間違いがないか確認し、必要に応じて、添付書類の記載を修正や追加してください。また、文書番号の発番が必要な場合のみ日付の上に記載

東京千代田区〇〇町〇番〇号
〇〇病院
病院長 〇〇 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」の精算交付申請書

標記について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて申請する。

交付申請書（別紙）の72行目の「上記「支出額」について、全ての支払が完了している。」への回答によって表示される書類の名称が、以下の通り異なります。
「いいえ」の場合；「-----」の交付申請書
「はい」の場合；「-----」の精算交付申請書

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
- ・領収書等の証拠書類

添付が必要な書類が表示されますが、添付書類の内容に修正が必要な場合は、ご自身で修正や追加をしてください。

別紙

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

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

申請書（別紙）

記載例

申請日

令和3年10月1日

必須項目（黄色のセル）すべてに入力をして下さい。入力するとセルの色が白色になります。
※入力内容によって必須項目は異なります。

I. 基本情報

(1)施設概要

申請期間外です
令和3年4月9日～9月

黄色のセルは、未入力の必須項目です。記入漏れがないかご確認ください。

未入力の項目があります。

医療機関等コード(10桁)

876542310

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

総務部

担当者氏名

●● ●●

連絡先電話番号

030000000

連絡先メールアドレス

kourou@-jp

所在地

郵便番号

012-3456

都道府県

東京都

市区町村以降

千代田区〇〇町〇番〇号

「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

左記の補助金による補助を受けていない医療機関の場合は、申請様式が異なりますのでご注意ください。

令和2年度事業の申請時における施設類型等(今回の申請時点のものではないので、ご注意ください。)

施設類型(プルダウンから選択)

有床診療所(内科)

許可病床数
病院・有床診療所のみ

10

施設類型及び許可病床数に間違いがない

はい

記入した施設類型と病床数に間違いがないか確認して、間違いなければ「はい」を選択してください。(間違いがある場合は、施設類型もしくは許可病床数を修正し、「はい」を選択してください。)

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。

はい

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。

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)」の場合は、「はい」を選択いただき、都道府県から交付された指定通知書や証明書等の写しを添付してください。

(2)補助基準額(上限額)

a.本事業の補助基準額(上限額)(円)

750,000

【自動計算】
1,000,000円から以下の額を減じた額
・有床診療所 250,000 + (50,000×許可病床数) 円
・無床診療所 250,000円

II. 補助金の振込先

金融機関名

△△銀行

金融機関コード

0000

支店名

●●支店

支店コード

001

預金種類
1:普通 2:当座 6:別段
(フリガナ)

1

口座番号(右詰め)
※8桁未満の場合、頭に「0」をつけて8桁にしてください

11111111

取引口座名

マルマルビョウイン
〇〇病院

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。

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10月15日

事業終了日が対象期間外です

科目	内容 (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。)	支出額(円) (支出(予定)のない科目は「0」と記入してください)	収入額(円) (収入(予定)のない場合は「0」と記入してください)
支出	賞金・報酬	臨時職員の給与	234,000
	謝金	勉強会の講師謝金	200,000
	会議費	勉強会の会場費など	120,000
	旅費	医師の派遣の旅費	30,000
	雑用費	職員用マスク	350,000
	役務費	なし	0
	委託料	清掃委託	2,000,000
	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	855,500
	b.合計支出額(総事業費)		3,789,500
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」	3,789,500	
補助申請額(円)(aとdのいずれか少ない額) 【1000円未満切捨】		750,000	

上記「支出額」について、全ての支払が完了している。

はい

「はい」の場合は、各対象経費について、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。

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。)
・賞金・報酬：感染防止対策を実施する者を新規に雇用した際の賞金 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：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。

IV. 確認事項

申請内容に補助の対象にならない経費が含まれている場合や他補助金の申請内容等に関する都道府県への確認について同意されない場合は申請できませんので、ご確認ください。

上記「賞金・報酬」に従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は含まれていない

はい

従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は、本事業の補助対象外です。

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。

上記「支出額」に他の補助金と対象経費が重複するものは含まれていない。

はい

他の補助金と重複する経費は、本事業の補助対象外です。

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

本事業の申請書、実績報告書等の審査・確認過程で、他の補助金の申請書、実績報告書等の内容を、必要に応じて国から都道府県に確認することがあることに同意する。

はい

必要に応じて、他の補助金と重複する経費がないか等を確認させていただきます。本事業の補助を受けるには、左記項目に同意いただく必要がありますので、ご確認の上、「はい」を選択してください。

請 求 書

請求書 記載例

「令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」について、下記の通り請求します。

金

250,000

円

なお、上記金額

交付申請書別紙より自動転記されますので、
転記された内容に間違いがないかご確認ください。
(間違いがあった場合は、交付申請書別紙を修正してください。)
間違いがないこと確認の上、代表者印を押印してください。

金融機関名	●●支店
預貯金種別	11111111
(フリガナ)	
口座名	
郵便番号	
住所	東京千代田区〇〇町〇番〇号
交付申請	令和3年9月30日
交付請求	

補助事業者名

〇〇病院

代表者名

〇〇 〇〇

印



押印

官 署 支 出 官

厚生労働省大臣官房会計課長 殿

【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）

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

所在地	
施設名称	
代表者名	

「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

	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。
	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。

1 国庫補助申請額 金 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

【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

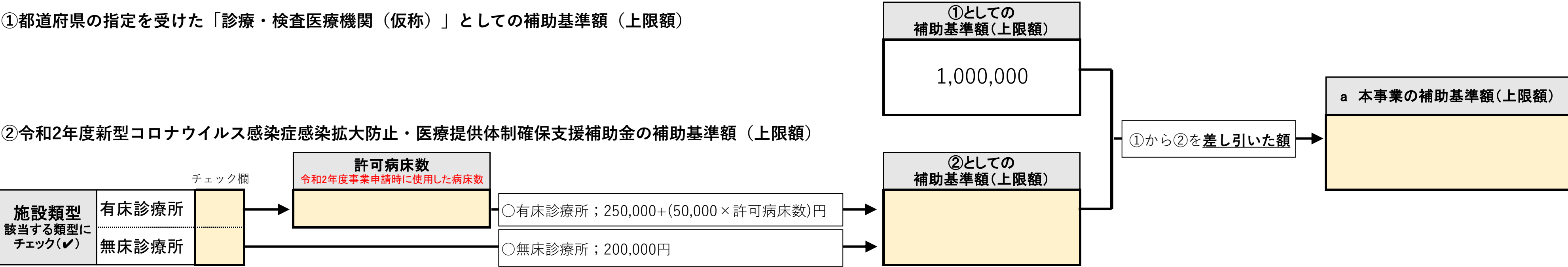
令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金の申請日以降に新たに都道府県の指定を受けた「診療・検査医療機関（仮称）」である。※1

はいいいえ

「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。

※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。



必ず裏面も記入してください

【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（※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。）	支出額（円） （支出（予定）のない科目は「0」と記入してください）	収入額（円） （収入（予定）のない場合は「0」と記入してください）
支出	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）【1000円未満切捨】				

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。
---------------------------	----	-----	--

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

「はい」 / 「いいえ」のいずれかに「○」をつけてください。

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

参考様式

領収書等貼付用紙_令和３年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金											
医療機関等 コード（10桁）										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 ¥一一,一一一（税込）

株式会社▶▶▶

〇〇リース代

2021年1月～2021年12月分

月数で按分し、2021年4月から2021年9月分の費用 ¥××××を交付申請する

・ 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

A病院 様

金額 ¥〇〇,〇〇〇（税込）

株式会社××××

請求書

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

	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。
✓	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

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「999999999」を入力してください

医療機関等コード（10桁）

9876542310

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

総務部

担当者氏名

●● ●●

連絡先電話番号

030000000

連絡先メールアドレス

@ @ @ @ @ @ @ @

所在地

郵便番号

012-3456

都道府県

東京

市区町村以降

千代田区〇〇町〇番〇号

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

「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。

※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）

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(医科)

無床診療所(医科)

チェック欄

許可病床数
令和2年度事業申請時に使用した病床数

10

〇有床診療所；250,000+(50,000×許可病床数)円

〇無床診療所；200,000円

①としての
補助基準額(上限額)

1,000,000

②としての
補助基準額(上限額)

750,000

①から②を
差し引いた額

a 本事業の補助基準額(上限額)

250,000

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。

「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。

施設類型にチェックし、矢印に従って、本事業の補助基準額（上限額）を算出してください。

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

0000

支店名

●●支店

支店コード

001

預金種類

1:普通 2:当座 6:別段

2

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

00111111

（フリガナ）

マルマルビョウイン

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（※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。）	支出額（円）	収入額（円）
支出	賃金・報酬	なし	0	
	謝金	なし	0	
	会議費	なし	0	
	旅費	医師の派遣の旅費	30,000	
	需用費	職員用マスク	50,000	
	役務費	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	
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。

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

「はい」/「いいえ」のいずれかに「○」をつけてください。

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	0 1 2 – 3 4 5 6		
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

【実績報告等作成にあたっての注意点】

※必ず記載例を確認してください。

※「別紙」に必要事項を記載すれば、「第4号様式」に自動転記されますので、まずは「別紙」を記載してください。

※作成にあたって、交付決定時に配布した交付決定通知書をご用意ください。

別紙に交付決定通知の内容を記載する箇所がございます。

【掲載資料一覧】

報告時に使用するシート

- 第4号様式
- 別紙
- 領収書等貼付用紙

記載例

- 第4号様式（記載例）
- 別紙（記載例）

第4号様式

日（別紙より自動転記）

厚生労働大臣 殿

所在地（別紙より自動転記）
施設名称（別紙より自動転記）
代表者名（別紙より自動転記）

「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」
の実績報告書

標記について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて報告する。

- 1 国庫補助精算額 金（申請額 自動転記）円
- 2 実績報告書（別紙）
- 3 添付書類
 - ・領収書等の支出が確認できる書類（領収書等貼付用紙）

別紙 黄色セル部分に記載をお願いいたします。※入力するとセルの色が白になります。

実績報告書(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

提出日	令和		年		月		日
-----	----	--	---	--	---	--	---

<令和3年度用>

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	
					-							
a_交付決定額(円)												本補助金の交付決定通知に記載された、交付決定額をご記載ください

II. 報告内容 本事業により支出した内容・金額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
支出	科目	内容 (各科目の内容を30字程度で記入ください。支出のない科目には「なし」と記入してください。)											支出額(円) (支出のない科目は「0」と記入してください)	収入額(円) (収入のない場合は「0」と記入してください)	
	賞金・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)											(自動計算)			
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_合計支出額-収入額(円) (b-c)												(自動計算)			
補助精算額(円)(a又はdのいずれか少ない額) 【1000円未満切捨】												(自動計算)			

IV. 確認事項

報告内容に補助の対象にならない経費が含まれている場合や他補助金の報告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補助できませんので、ご確認ください。

上記「賞金・報酬」に従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は含まれていない		従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は、本事業の補助対象外です。
上記「支出額」に他の補助金と対象経費が重複するものは含まれていない。		他の補助金と重複する経費は、本事業の補助対象外です。
本事業の申請書、実績報告書等の審査・確認過程で、他の補助金の申請書、実績報告書等の内容を、必要に応じて国から都道府県に確認することがあることに同意する。		必要に応じて、他の補助金と重複する経費がないかなを確認させていただきます。本事業の補助を受けるには、左記項目に同意いただく必要があります。

参考様式

領収書等貼付用紙_令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金													
医療機関等 コード(10桁)												施設名称	(別紙より自動転記)
補助精算額 (実績報告書(別紙)からの転記)													
		領収書等の合計額											
実績報告書(別紙)のⅢ.申請内容に記載した支出額について、すべての支払が完了している場合にこの様式に領収書(写し)等の証拠書類を添付してください。 領収書等の合計額を入力した後に、本用紙を印刷していただき、対象期間(原則、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 ¥一,一,一 (税込)

株式会社▶▶▶

〇〇リース代

月数で按分し、2021年4月から2021年9月分の費用 ¥××××を交付申請する

2021年4月～2022年3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

A病院様

金額 ¥〇〇,〇〇〇 (税込)

株式会社××××

請求書

領収書が発行されない場合は、請求書(写し)と納品書(写し)を合わせて貼付いただいたり、納品書(写し)と合わせて、当該費用に関する部分の通帳の写しを添付する等、納品と支払が確認できる書類を添付してください。

(参考) 医療機関等コードにおける都道府県番号一覧及び点数表番号一覧

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	1	石川県	17	岡山県	33
青森県	2	福井県	18	広島県	34
岩手県	3	山梨県	19	山口県	35
宮城県	4	長野県	20	徳島県	36
秋田県	5	岐阜県	21	香川県	37
山形県	6	静岡県	22	愛媛県	38
福島県	7	愛知県	23	高知県	39
茨城県	8	三重県	24	福岡県	40
栃木県	9	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		

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

「東京都」・「医科」の医療機関の場合、
通常使用される7桁の医療機関コードに、
「13（東京都）」・「1（医科）」を加えて

「131○○○○○○○」

となります。

【実績報告等作成にあたっての注意点】

※必ず記載例を確認してください。

※「別紙」に必要事項を記載すれば、「第4号様式」に自動転記されますので、
まずは、「別紙」を記載してください。

※作成にあたって、交付決定時に配布した交付決定通知書をご用意ください。
別紙に交付決定通知の内容を記載する箇所がございます。

【掲載資料一覧】

報告時に使用するシート

- 第4号様式
- 別紙
- 領収書等貼付用紙

記載例

- 第4号様式（記載例）
- 別紙（記載例）

実績報告書 記載例

医第〇〇-〇号
2021年9月10日

厚生労働大臣 殿

必要事項は、実績報告書（別紙）より自動転記されます
ので、転記された内容に間違いがないか確認してください。
また、文書番号の発番が必要な場合のみ日付の上に記載
してください。

東京都千代田区霞が関〇〇〇
〇〇病院
院長 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」
の実績報告書

標記について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて報告する。

- 1 国庫補助精算額 金 3,789,000円
- 2 実績報告書（別紙）
- 2 添付書類
 - ・領収書等の支出が確認できる書類（領収書等貼付用紙）

別紙

黄色セル部分に記載をお願いいたします。※入力するとセルの色が白になります。

実績報告書（別紙） 記載例

実績報告書（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

提出日	令和	3	年	9	月	30	日	必須項目（黄色のセル）すべてに入力をして下さい。 入力するとセルの色が白色になります。。	<令和3年度用>
-----	----	---	---	---	---	----	---	--	----------

I. 基本情報

(1)施設概要

黄色のセルは、未入力の必須項目です。記入漏れがないかご確認ください。

未入力の項目があります。

必須項目に未入力の項目や施設類型と病床数が一致しない場合は注意書きが表示されます。ここに注意書きが表示されたまま申請されると、記載不備となり補助が受けられない可能性がありますので、ご注意ください。（記載例では、医療機関等コードの01桁目が未入力）※ なお、ここに注意書きが表示されないことで記載不備がないことを約束するものではありません

医療機関等コード(10桁)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	施設名称	〇〇病院
代表者職名	院長				代表者氏名	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				
	△△		〇△〇		00-0000-0000		@ @ @ @ @ @ @ @				
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		千代田区霞が関〇〇〇

医療機関等コードは、必ず10桁で入力してください。
〇1-2桁目：都道府県番号
〇3桁目：点数表番号
〇4-5桁目：郡市区番号
〇6-9桁目：医療機関等番号
〇10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。

a_交付決定額(円)	4,500,000	本補助金の交付決定通知に記載された、交付決定額をご記載ください
------------	-----------	---------------------------------

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。

II. 報告内容 本事業により支出した内容・金額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	3	月	10	日	事業終了日	令和	3	年	9	月	15	日	事業開始日が対象期間外です 令和3年4月1日～9月30日
支出	科目	内容（各科目の内容を80字程度で記入ください。支出のない科目には「なし」と記入してください。）										支出額(円) (支出のない項目は「0」と記入してください)	収入額(円) (収入のない場合は「0」と記入してください)			
	賞金・報酬	臨時職員の給与										234,000				
	謝金	勉強会の講師謝金										200,000				
	会費	勉強会の会場費など										120,000				
	旅費	医師の派遣の旅費										30,000				
	需用費	職員用マスク										350,000				
	役務費	なし										0				
	委託料	清掃委託										2,000,000				
	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										855,500				
b_合計支出額(総事業費)											3,789,500					
収入	e_上記支出に対する本補助金以外の寄付金・その他の収入											0				
d_合計支出額-収入額(円) (b-e)											3,789,500					
補助精算額(円)(a又はdのいずれか少ない額) 【1000円未満切捨】											3,789,000					

以下のような事業開始日と事業完了日が適切でない場合に、注意書きが表示されますので、日付の修正をお願い致します。
・事業開始日もしくは事業終了日が、対象期間（令和3年4月1日～令和3年9月30日）外になっている。
・事業開始日が事業終了日よりも後の日付になっている。
・事業終了日が提出日よりも後の日付になっている。

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。）
・賞金・報酬：感染防止対策を実施する者を新規に雇用した際の賞金 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：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

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、補助できませんので、ご確認の上、「はい」を選択してください。

IV. 確認事項
報告内容に補助の対象にならない経費が含まれている場合や他補助金の報告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補助できませんので、ご確認ください。

上記「賞金・報酬」に従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は含まれていない	はい	従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は、本事業の補助対象外です。
上記「支出額」に他の補助金と対象経費が重複するものは含まれていない。	はい	他の補助金と重複する経費は、本事業の補助対象外です。
本事業の申請書、実績報告書等の審査・確認過程で、他の補助金の申請書、実績報告書等の内容を、必要に応じて国から都道府県に確認することがあることに同意する。	はい	必要に応じて、他の補助金と重複する経費がないか等を確認させていただきます。本事業の補助を受けるには、左記項目に同意いただく必要があります。

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。

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。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。

【実績報告等作成にあたっての注意点】

- ※記載例を確認の上、作成を行ってください。
- ※作成にあたって、交付決定時に配布した交付決定通知書をご用意ください。
別紙に交付決定通知の内容を記載する箇所がございます。

【掲載資料一覧】

報告時に使用するシート

- 第4号様式
- 別紙
- 領収書等貼付用紙

記載例

- 第4号様式（記載例）
- 別紙（記載例）

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

所在地	
施設名称	
代表者名	

「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」
の実績報告書

標記について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて報告する。

- 1 国庫補助精算額 金 円
- 2 実績報告書（別紙）
- 3 添付書類

別紙

黄色セル部分に記載をお願いいたします

実績報告書(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

提出日	令和 年 月 日	<令和3年度用>
-----	-------------------	----------

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」を記載してください											
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		
				-							
a_交付決定額(円)							本補助金の交付決定通知に記載された、交付決定額をご記載ください				

II. 報告内容 本事業により支出した内容・金額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 (各科目の内容を30字程度で記入ください。支出のない科目には「なし」と記入してください。)			支出額(円) (支出のない科目は「0」と記入してください)	収入額(円) (収入のない場合は「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_合計支出額-収入額(円) (b-c)						
補助精算額(円)(a又はdのいずれか少ない額) 【1000円未満切捨】						

IV. 確認事項

報告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報告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

「はい」/「いいえ」 いずれかに
「○」をつけてください。

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	
補助精算額 （実績報告書（別紙）からの転記）						領収書等の合計額					
実績報告書（別紙）のⅡ.報告内容に記載した支出額について、領収書（写し）等の証拠書類を添付してください。 対象期間（原則、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 ¥一一,一一一（税込）

株式会社▶▶▶

〇〇リース代

月数で按分し、2021年4月から2021年9月分の費用
¥××××を交付申請する

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

領収書が発行されない場合は、請求書（写し）と納品書（写し）を合わせて貼付いただいたり、納品書（写し）と合わせて、当該費用に関する部分の通帳の写しを添付する等、納品と支払が確認できる書類を添付してください。

請求書

A病院 様

金額 ¥〇〇,〇〇〇（税込）

株式会社××××

(参考) 医療機関等コードにおける都道府県番号一覧及び点数表番号一覧

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	1	石川県	17	岡山県	33
青森県	2	福井県	18	広島県	34
岩手県	3	山梨県	19	山口県	35
宮城県	4	長野県	20	徳島県	36
秋田県	5	岐阜県	21	香川県	37
山形県	6	静岡県	22	愛媛県	38
福島県	7	愛知県	23	高知県	39
茨城県	8	三重県	24	福岡県	40
栃木県	9	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		

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

「東京都」・「医科」の医療機関の場合、
通常使用される7桁の医療機関コードに、
「13（東京都）」・「1（医科）」を加えて

「131○○○○○○○」

となります。

【実績報告等作成にあたっての注意点】

※記載例を確認の上、作成を行ってください。

※作成にあたって、交付決定時に配布した交付決定通知書をご用意ください。

別紙に交付決定通知の内容を記載する箇所がございます。また、提出時には交付決定通知書（写し）の添付が必須になります。

【掲載資料一覧】

報告時に使用するシート

○第4号様式

○別紙

○領収書等貼付用紙

記載例

○第4号様式（記載例）

○別紙（記載例）

実績報告書 記載例

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

医第〇〇-〇号

令和 年 月 日

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	院長 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」
の実績報告書

標記について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて報告する。

- 1 国庫補助精算額 金 3,789,000 円
- 2 実績報告書（別紙）
- 3 添付書類

・領収書等の支出が確認できる書類（領収書等貼付用紙）

別紙

黄色セル部分に記載をお願いいたします

実績報告書（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

提出日

令和 3 年 7 月 15 日

必須項目（黄色のセル）すべてに記載して下さい。

＜令和3年度用＞

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)

0000000000

施設名称

〇〇病院

代表者職名

院長

代表者氏名

〇〇〇

連絡先

担当部署

△△

担当者氏名

〇△〇

連絡先電話番号

00-0000-0000

連絡先メールアドレス

@ @ @ @ @ @ @ @

所在地

郵便番号

123-4567

都道府県

東京都

市区町村以降

千代田区霞が関〇〇〇

a.交付決定額(円)

4,500,000

本補助金の交付決定通知に記載された、交付決定額をご記載ください

II. 報告内容

本事業により支出した内容・金額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 1 日

事業終了日

令和 3 年 6 月 3 日

	科目	内容（各科目の内容を30字程度で記入ください。支出のない科目には「なし」と記入してください。）	支出額(円)	収入額(円)
支出	賞金・報酬	臨時職員の給与	234,000	
	謝金	勉強会の講師謝金	200,000	
	会議費	勉強会の会場費など	120,000	
	旅費	医師の派遣の旅費	30,000	
	需用費	職員用マスク	350,000	
	役務費	なし	0	
	委託料	清掃委託	2,000,000	
	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	855,500	
	b.合計支出額(総事業費)		3,789,500	
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.合計支出額-収入額(円)（b-c）		3,789,500		
補助精算額(円)(a又はdのいずれか少ない額)【1000円未満切捨】			3,789,000	

IV. 確認事項

報告内容に補助の対象にならない経費が含まれている場合や他補助金の報告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補助できませんので、ご確認ください。

上記「賞金・報酬」に従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は含まれていない

はい

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

「はい」/「いいえ」のいずれかに「〇」をつけてください。

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

提出期限は、「事業完了の日から起算して1ヶ月を経過した日または令和4年4月10日のいずれか早い日（当日消印有効）」です。

医療機関等コードは、必ず10桁で入力してください。
〇1-2桁目：都道府県番号
〇3桁目：点数表番号
〇4-5桁目：郡市区番号
〇6-9桁目：医療機関等番号
〇10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。

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

事業終了日には、報告内容にある支出のうち、最も遅く支出された日付（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。）
・賞金・報酬；感染防止対策を実施する者を新規に雇用した際の賞金 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；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

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、補助できませんので、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。

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。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。

厚生労働省発医政 0409 第 4 号
令和 3 年 4 月 9 日

各都道府県知事 殿

厚生労働事務次官
(公 印 省 略)

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について

標記については、別添「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交付要綱」により行うこととされ、令和 3 年 4 月 1 日から適用することとされたので、通知する。

なお、貴職から貴管内の市区町村に対して通知するとともに、関係機関等に周知するようお願いする。

別 添

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交付要綱

(通則)

- 1 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（以下「本補助金」という。）については、予算の範囲内において交付するものとし、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律（昭和30年法律第179号）、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）及び厚生労働省所管補助金等交付規則（平成12年厚生省労働省令第6号）の規定によるほか、この交付要綱の定めるところによる。

(交付の目的)

- 2 新型コロナウイルス感染症が拡大する中で、緊急的臨時的な対応として、都道府県の指定を受けた診療・検査医療機関（仮称）における感染拡大防止対策等に要する費用を補助することにより、院内等での感染拡大を防ぎながら発熱患者等に対する診療・検査を提供することができる体制の確保を図るとともに、医療機関・薬局等における感染拡大防止対策等に要する費用を補助することにより、それぞれの機能・規模に応じた地域の役割分担の下で、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ことができる体制の確保を図ることを目的とする。

(交付の対象)

- 3 本補助金は、診療・検査医療機関（仮称）をはじめとする(1)の対象医療機関等に対して、院内感染防止対策を講じながら一定の診療体制等を確保するための(2)に定める対象経費の補助を行う。

(1) 対象医療機関等

①(i)から(iii)のいずれか又は②に該当する医療機関等とする。①(i)及び①(ii)の両方に該当する医療機関は、①(i)又は①(ii)のいずれか一方のみで対象となるものとする。

- ① 令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金による補助を受けていない医療機関等

(i) 診療・検査医療機関（仮称）

院内等で感染拡大を防ぐための取組を行う、都道府県の指定を受けた診療・検査医療機関（仮称）（令和２年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業による補助を受けた医療機関を除く。）

（ii） 医療機関・薬局等

院内等で感染拡大を防ぐための取組を行う、保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者及び助産所（令和２年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業による補助を受けた医療機関を除く。）

（iii） 令和２年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業による補助を受けた医療機関

令和２年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業による補助を受けた医療機関のうち、同事業の補助基準額（新型コロナウイルス感染症入院患者受入割当医療機関（重点医療機関、協力医療機関その他の都道府県が新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の入院受入れを割り当てた医療機関）の場合は、補助基準額に追加される10,000千円を除く。）が「250千円に、50千円に許可病床数を乗じた額を加えた額」より低い医療機関

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による補助を受けた医療機関

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た医療機関のうち、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であって、同補助金の補助基準額が1,000千円より低い医療機関

（２） 対象経費

令和３年４月１日から令和３年９月３０日までにかかる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とする（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除く。）。

（交付額の算定方法）

４ この補助金の交付額は、次により算出するものとする。

ただし、算出された額に1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。

- (1) 次の表の第1欄に定める区分に応じた第2欄に定める基準額と第3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) (1)により選定された額と総事業費から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交付額とする。

1 区分	2 基準額	3 対象経費
① 令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金による補助を受けていない医療機関等		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次に掲げる経費（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は除く。）。
(i) 診療・検査医療機関(仮称)	1,000 千円	賃金 報酬 謝金 会議費 旅費
(ii) 医療機関・薬局等	○病院・有床診療所（医科・歯科）の場合 250 千円に、50 千円に許可病床数を乗じた額を加えた額 ○無床診療所（医科・歯科）の場合 250 千円 ○薬局・訪問看護事業者・助産所の場合 200 千円	需用費（消耗品費、印刷製本費、材料費、光熱水費、燃料費、修繕料、医薬材料費） 役務費（通信運搬費、手数料、保険料） 委託料
(iii) 令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業による補助を受けた医療機関	「250 千円に、50 千円に許可病床数を乗じた額を加えた額」から「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業の補助基準額※」を減じた額 ※ 新型コロナウイルス感染症入院患者受入割当医	使用料及び賃借料 備品購入費

	療機関（重点医療機関、協力医療機関その他の都道府県が新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の入院受入れを割り当てた医療機関）の場合は、補助基準額に加算される 10,000 千円を除く。	
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による補助を受けた医療機関		
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診療・検査医療機関（仮称）の指定を受けた医療機関であって、同補助金の補助基準額が 1,000 千円より低い医療機関	1,000 千円から「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」を減じた額	

（補助金の概算払）

- 5 厚生労働大臣は、原則として支払うべき額を確定した後、補助事業者が提出する精算払請求書に基づいて支払を行う。この場合において、厚生労働大臣は、補助事業者から適法な精算払請求書を受理してから速やかにこれをしなければならない。

ただし、補助事業者が概算払による支払を要望する場合は、厚生労働大臣は補助事業者の資力、補助事業の内容及び事務の内容等を勘案し、真にやむを得ないと認めた場合には、これを財務大臣に協議し、承認が得られた場合には概算払をすることができる。

（交付の条件）

- 6 この補助金の交付の決定には、次の条件が付されるものとする。
- （1） 事業に要する経費の配分の変更（軽微な変更を除く。）をする場合には、厚生労働大臣の承認を受けなければならない。

- (2) 事業の内容の変更（軽微な変更を除く。）をする場合には、厚生労働大臣の承認を受けなければならない。
- (3) 事業を中止し、又は廃止する場合には、厚生労働大臣の承認を受けなければならない。
- (4) 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、速やかに厚生労働大臣に報告してその指示を受けなければならない。
- (5) 事業により取得し、又は効用の増加した財産で価額が単価 50 万円（民間団体にあっては 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、厚生労働大臣の承認を受けずに、この補助金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、又は廃棄してはならない。
- (6) 厚生労働大臣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国庫に納付させることがある。
- (7) 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。
- (8) 補助金と事業に係る証拠書類等の管理については次によるものとする。

ア 補助事業者が地方公共団体の場合

補助金と事業に係る予算及び決算との関係を明らかにした第 1 号様式による調書を作成するとともに、事業に係る歳入及び歳出について証拠書類を整理し、かつ調書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額が単価 50 万円以上の機械、器具及びその他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日のいずれか遅い日まで保管しておかなければならない。

イ 補助事業者が地方公共団体以外の場合

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、当該帳簿等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額が 30 万円以

上の機械、器具及びその他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日のいずれか遅い日まで保管しておかなければならない。

- (9) 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、第 2 号様式により、遅くとも事業完了日の属する年度の翌々年度 6 月 30 日までに厚生労働大臣に報告しなければならない。

なお、補助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。

また、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国庫に返還しなければならない。

- (10) この補助金に係る補助金の交付と対象経費を重複して、他の補助金を受けてはならない。

(申請手続)

- 7 この補助金の交付の申請は、第 3 号様式による申請書に関係書類を添えて、厚生労働大臣が別に定める日までに厚生労働大臣に提出するものとする。

(変更申請手続)

- 8 この補助金の交付決定後の事情の変更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、7 に定める申請手続に従い、厚生労働大臣が別に定める日までにを行うものとする。

(交付決定までの標準的期間)

- 9 厚生労働大臣は、7 又は 8 に定める申請書が到達した日から起算して原則として 1 か月以内に交付の決定（決定の変更を含む。）を行うものとする。

(実績報告)

- 10 この補助金の事業実績報告は、事業完了の日から起算して 1 か月を経過した日（6 の（3）により事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、当該承認通知を受理した日から起算して 1 か月を経過した日）又は令和 4 年 4 月 10 日のいずれか早い日までに第 4 号様式による報告書を厚生労働大臣に提出しな

なければならない。

(補助金の返還)

- 11 厚生労働大臣は、交付すべき補助金の額を確定した場合において、既にその額を超える補助金が交付されているときは、期限を定めて、その超える部分について国庫に返還することを命ずる。

(その他)

- 12 特別の事情により 4、7、8 及び 10 に定める算定方法、手続きによることができない場合には、あらかじめ厚生労働大臣の承認を受けてその定めるところによるものとする。

なお、この補助金について、精算交付申請を行う場合は、別途指示する期日までに、第 5 号様式による申請書を厚生労働大臣に提出して行うものとする。