

事業実施		申請書等を申請する日を記入してください。 様式1申請書と同一日としてください。		医療機関等コードがわからない場合は、東海北陸厚生局HP等により確認してください。 1・2桁目：24「自治体コード」 3桁目：1 医科 3 歯科 4 調剤 6 訪問看護 0 助産所 4桁目以降の詳細については、別紙の「医療機関コードについて」を参照し記載してください。	
申請日	令和 2 年 8 月 21 日	医療機関等コード (10桁)		施設名称 医療法人社団〇〇〇 △△△病院	

管理者職名	病院長	管理者氏名	三重 太郎
-------	-----	-------	-------

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	三重 花子	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇〇〇@/////

所在地	郵便番号	都道府県	市区町村以降
	1 2 3 - 4 5 6 7	三重県	津市〇〇町〇〇番地

施設類型	病院 (医科、歯科)	許可病床数※ (病院のみ記載)	床	a_補助上限額 (基準額)	円
	有床診療所 (医科、歯科)			200万円	
	無床診療所 (医科、歯科)			100万円	
	薬局、訪問看護ステーション			70万円	

※原則として... 申請内容に不備や疑義があった場合に、確認させていただく際の連絡先を記載してください。

計算結果を記載してください。  
200万円+ (5万円×病床数)

施設類型及び許可病床数に間違いがない  はい  いいえ

施設類型及び許可病床数に間違いがない場合は、左の欄で「はい」を選択して下さい。  
※間違いがあり本来の補助金額を超過して補助金が支払われた場合、超過分は返還対象となります。

口座情報

精算交付申請につきましては、県から振込を行います。下記の欄に振込先となる口座情報を必ずご記入ください。

金融機関名	〇〇銀行	金融機関コード	1 2 3 4	預金種類	普通 当座
支店名	〇〇支店	支店コード	1 2 3	口座番号 (左詰め)	1 2 3 4 5 6 7
(フリガナ)	ミエ タロウ				
取引口座名	三重 太郎				

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

該当するものに○してください。

「新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業」の支援金について申請していない。  はい  いいえ

※本事業と上記事業の補助は、重複して受けられません。

下記、「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

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

申請額		
科目	支出額 (円)	収入額 (円)
支出		
賃金・報酬 (例：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)	例：0 円	
謝金 (例：感染拡大防止の勉強会を実施するための講師謝金等)	10,000 円	
会議費 (例：感染拡大防止の勉強のための会場費等)	200,000 円	
旅費 (例：感染拡大防止研修のための医師派遣にかかる旅費等)	50,000 円	
需用費 (例：消耗品費、印刷製本費、修繕料等)	450,000 円	
役務費 (例：職員の感染にかかる保険料、通信運搬費、手数料等)	300,000 円	
委託料 (例：施設内の清掃委託、洗濯委託、消毒委託等)	500,000 円	
使用料及び賃借料 (例：寝具リース料等)	0 円	
備品購入費 (例：HEPAフィルター付き空気清浄機の購入費等)	1,000,000 円	
b_合計支出額 (総事業費)	2,510,000 円	
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 円
d_合計支出額-収入額 (b-c)	2,510,000 円	
補助金交付申請額 (aとdのいずれか少ない額 (1000円未満切捨))	2,000,000 円	

〈申請に関する注意点〉  
 ○上記太枠の箇所を必ず記入してください。  
 ○対象期間 (令和2年4月1日から令和3年3月31日) に、支出された各対象科目の費用について記載してください。  
 ○あわせて、領収書など支出が確認できる書類を提出してください。  
 ○なお、領収書だけでは内訳など詳細が確認できない場合、請求書・納品書など確認できる書類を別途添付してください。  
 ○例えば、①商品名や事業名等、②商品や事業等ごとの金額、③上記のどの科目によって支出したのか分かるようにしてください。