

【医療機関→国保連→都道府県】医療機関情報_新型コロナウイルス感染症従事者慰労金														
施設概要														
助産所コードのない助産所は「9999999999」を入力してください														
申請日	2020/7/31	医療機関等 コード (10桁)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	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	厚生太郎
-------	-----	-------	------

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
	〇〇部	〇〇〇〇	03-xxxx-xxxx	〇〇〇〇@〇〇.〇〇

所在地	郵便番号			都道府県名			市区町村以降		
	1	2	3	-	4	5	6	7	東京都

自治体等において補正予算の対応が速やかに行うことができる場合には通常通り、貴医療機関等において受領することができます。

国又は自治体が設置する医療機関等において制度上の問題により、医療従事者への迅速な振込ができない医療機関である	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
--	----	--------------------------------------

新型コロナウイルス感染症患者の受け入れについて

当該都道府県における始期	2020/3/1
--------------	----------

所在する都道府県における始期を記載してください
※ご不明な場合は、所在する都道府県にお問い合わせください。

施設類型	施設類型について、該当する番号に○をつけてください										
	<input checked="" type="radio"/> 1	新型コロナウイルス感染症患者の入院受入を割り当てた医療機関									
	<input type="radio"/> 2	帰国者・接触者外来を設置する医療機関									
	<input type="radio"/> 3	地域外来・検査センター									
	<input type="radio"/> 4	宿泊療養受入施設での対応									
	<input type="radio"/> 5	自宅療養を行う場合の新型コロナウイルス感染症患者に対するフォローアップ業務									
	<input type="radio"/> 6	1～5以外の病院及び診療所									
	<input type="radio"/> 7	訪問看護ステーション									
<input type="radio"/> 8	助産所										

役割指定を受けている施設（類型2・3・4・5）のみ記載してください

施設類型2、3、4、5に該当する施設のみ、役割指定を受けた日を記載してください

都道府県から役割指定を受けた日	2020/3/10
新型コロナウイルス感染症患者を最初に受け入れた日	2020/4/3
対象期間起点日	2020/3/1

新型コロナウイルス感染症患者の入院を受け入れた施設は、最初に受け入れた日を記入してください。
※「最初に受け入れた日」は、新型コロナウイルス感染症患者に対して入院診療を行った日（帰国者・接触者外来を設定する医療機関においては、疑い例を含め診療を行った日）となります。
① 類型1及び役割指定を受けていない施設（類型6・7・8）は、都道府県の始期日を記載してください
② 役割指定を受けている施設（類型2・3・4・5）は、都道府県の始期と役割指定を受けた日のいずれか早い方を記載してください

【医療機関→国保連→都道府県】医療機関情報 新型コロナウイルス感染症従事者慰労金

口座情報

以下の質問について、「はい」もしくは「いいえ」どちらかに○をしてください。

国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない。
(助産所コードのない助産所は、「いいえ」を選択してください)

はい いいえ

債権譲渡されていない場合は、「はい」を選択して下さい。債権譲渡されている場合は、国保連に登録されている口座への補助金の振込ができませんので、債権譲渡されていない口座の情報を提出していただく必要があります。

債権譲渡されている口座にはお振込できませんので、ご留意下さい。
登録されている口座が債権譲渡されている場合は、「いいえ」を選択した上で、下の「口座記入欄」に債権譲渡されていない口座をご記入ください。

「いいえ」「はい」

の場合

の場合

国保連合会による当該口座の債権譲渡の有無に関する確認結果が都道府県に共有されることに同意する

はい いいえ

国保連が保有している情報を用いて債権譲渡の有無に関して確認を行います。補助金交付過程において、その確認結果を都道府県に共有する必要があります。

国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込に使用することに同意する

はい いいえ

同意いただける場合は、「はい」を選択して下さい。

債権譲渡されていない口座情報をご記載ください

金融機関名		金融機関コード		支店名		支店コード	
預金種類		口座番号 (左詰め)					
(フリガナ)							
取引口座名							

本事業は、原則として、国保連合会に登録されている口座に、国保連合会から振込をします。(国保連合会に登録されている口座が債権譲渡されている場合は、「口座記入欄」に記入された口座に、都道府県から振込をします。)

※今回の慰労金は、所得税法上の非課税規定に基づき、非課税所得に該当します。また、令和二年度特別定額給付金等に係る差押禁止等に関する法律に基づき、受給権について、譲り渡し、担保に供し、又は差し押さえることが禁止され、支給を受けた金銭についても、差し押さえることが禁止されています。

※なお、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。

申請人数、申請金額(様式第2号、第5号別紙の合計)を記入して下さい。

慰労金交付申請額

科目	人数	申請額 (円)
慰労金	15	2,900,000
振込手数料		3,000
合計申請額 (円)		2,903,000

慰労金の振込手数料として見込まれる額を記入して下さい。

医療機関等からの申請は原則1回限りですので、委託先等も含め、対象となる従業員について、漏れのないようご留意ください。

慰労金申請額と振込手数料の合計額を記入して下さい。

記載方法・記載例

紙申請用
様式第2号(1)
(No. 1~No. ●●)

施設類型	【B】	勤務あり	勤務なし
1 新型コロナウイルス感染症患者の入院受入を割り当てた医療機関	陽性患者入院以降、勤務実績あり	20万円	10万円
2 帰国者・接触者外来を設置する医療機関	陽性・疑い患者来院以降、勤務実績あり	20万円	10万円
3 地域外来・検査センター	陽性・疑い患者来院以降、勤務実績あり	20万円	10万円
4 宿泊療養受入施設での対応	軽症者等入所以降、勤務実績あり	20万円	—
5 自宅療養を行う場合の新型コロナウイルス感染症患者に対するフォローアップ	軽症者等に対する、勤務実績あり	20万円	—
6 1～5以外の病院及び診療所	陽性患者入院以降、勤務実績あり	20万円	5万円
7 訪問看護ステーション	陽性患者訪問日以降、勤務実績あり	20万円	5万円
8 助産所	陽性妊産婦患者入所以降、勤務実績あり	20万円	5万円

【医療機関→都道府県】給付対象内訳_新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金

合計申請額(円)

0000

← 給付対象者の支給申請金額の合計額を記載して下さい。



管理番号 1からの 自動連番	医療機関コード										申請する 医療機関等 名称	給付申請 金額	氏名 (漢字) 姓と名の間は空けてください。	フリガナ (カタカナ) 姓と名の間は空けてください。	生年月日 (令和〇年〇月〇日)	性別 男性 女性	他施設と 合算	申請施設	申請施設 以外	委任状 徴収済
	【A】 起点日から 6/30までの期間 における 延べ 勤務日数	【B】 申請する 医療機関等 での コロナ患者受入 以降の 勤務実績(※) (有り/無し)	【C】 他医療機関等 での 勤務実績 (有り/無し)																	
1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	00 00	00 00	〇年〇月〇日	男性	〇〇日	有り	有り	済
2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	00 00	00 00	〇年〇月〇日	女性	〇〇日	有り	無し	済
3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	00 00	00 00	〇年〇月〇日	男性	〇〇日	有り	無し	済
4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	00 00	00 00	〇年〇月〇日	女性	〇〇日	有り	有り	済
5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	00 00	00 00	〇年〇月〇日	男性	〇〇日	有り	有り	済
6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	00 00	00 00	〇年〇月〇日	男性	〇〇日	無し	無し	済
7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	00 00	00 00	〇年〇月〇日	男性	〇〇日	無し	無し	済
8	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	00 00	00 00	〇年〇月〇日	男性	〇〇日	無し	無し	済
9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	00 00	00 00	〇年〇月〇日	男性	〇〇日	無し	無し	済

●●	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	00 00	〇年〇月〇日	〇年〇月〇日	男性	〇〇日	無し	無し	済
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	--------	-------	--------	--------	----	-----	----	----	---

↑ 番号を1から連番で付して下さい。

↑ 医療機関コードを様式第1号から転記して下さい。

↑ 医療機関名称を様式第1号から転記して下さい。

↑ 給付対象者の慰労金の額を記載してください。

↑ 給付対象者の氏名(漢字)を記載してください。

↑ 給付対象者の氏名(カナ)を記載してください。

↑ 給付対象者の生年月日を記載してください。

↑ 給付対象者の性別を記載してください。

↑ 給付対象者の勤務日数を記載してください。

↑ 給付対象者の勤務日数を記載してください。

↑ 給付対象者の勤務実績を記載してください。

↑ 給付対象者の委任状徴収状況を記載してください。

紙申請用
様式第2号(2)
(No. 1~No. ●●)

※様式第2号(1)[C]欄で
該当する者のみ記入

		【施設類型】1~3			【施設類型】4~5			【施設類型】6~8		
		1 新型コロナウイルス感染症患者の入院受入を割り当てた医療機関 2 帰国者・接触者外来を設置する医療機関 3 地域外来・検査センター			4 宿泊療養受入施設での対応 5 自宅療養を行う場合の新型コロナウイルス感染症患者に対するフォローアップ業務			6 1~5以外の病院及び診療所 7 訪問看護ステーション 8 助産所		
		他医療機関等での、勤務実績あり (1番~3番)			他医療機関等での、勤務実績あり (4番~5番)			他医療機関等での、勤務実績あり (6番~8番)		
		申請する施設 以外			申請する施設 以外			申請する施設 以外		
		1番~3番の合算			4番~5番の合算			6番~8番の合算		
管理番号 1からの 自動連番	氏名 (漢字) 氏名転記	医療機関等 名称 複数の場合は どこか、1か所	【A】1~3 起点日から 6/30までの期間 における 延べ 勤務日数	【B】1~3 申請する 医療機関等 以外での コロナ患者受入 以降の 勤務実績(※) (有り/無し)	医療機関等 名称 複数の場合は どこか、1か所	【A】4~5 起点日から 6/30までの期間 における 延べ 勤務日数	【B】4~5 申請する 医療機関等 以外での コロナ患者受入 以降の 勤務実績(※) (有り/無し)	医療機関等 名称 複数の場合は どこか、1か所	【A】6~8 起点日から 6/30までの期間 における 延べ 勤務日数	【B】6~8 申請する 医療機関等 以外での コロナ患者受入 以降の 勤務実績(※) (有り/無し)
1	○○ ○○	○○○○	○○日	有り	○○○○	○○日	無し	○○○○	○○日	無し
2										
3										
4	○○ ○○	○○○○	○○日	有り	○○○○	○○日	無し	○○○○	○○日	無し
5	○○ ○○	○○○○	○○日	有り	○○○○	○○日	無し	○○○○	○○日	無し
6										
7										
8										
9										

↑ 様式第2号(1)から番号を転記

↑ 様式第2号(1)から氏名を転記
(該当者のみ)

・他施設(施設類型1~3)で勤務実績が「有り」の場合、「医療機関等名称(複数ある場合はどこか1つ)」「起点日から6月30日までの延べ勤務日数」「他施設(施設類型1~3)以外の場合でのコロナ患者受け入れ以降の勤務実績の有無(「有り」「無し」)を記載してください。

・他施設(施設類型4~5)で勤務実績が「有り」の場合、「医療機関等名称(複数ある場合はどこか1つ)」「起点日から6月30日までの延べ勤務日数」「他施設(施設類型4~5)以外の場合でのコロナ患者受け入れ以降の勤務実績の有無(「有り」「無し」)を記載してください。

・他施設(施設類型6~8)で勤務実績が「有り」の場合、「医療機関等名称(複数ある場合はどこか1つ)」「起点日から6月30日までの延べ勤務日数」「他施設(施設類型6~8)以外の場合でのコロナ患者受け入れ以降の勤務実績の有無(「有り」「無し」)を記載してください。

(記載方法・記載例)

紙申請用

様式第3号の1

医療機関所在地の都道府県宛

島根県 知事殿

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 代理申請・受領委任状

下記の者は、

- ① 今回の新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請以外に、個人申請並びに他の医療機関や介護・障害施設から慰労金の給付申請を行わないこと及び、
- ② 申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から慰労金の給付を受けた場合は、不当利得として速やかに島根県知事に慰労金を返還することを確認・誓約し、

医療法人社団 △△病院 病院長 厚生太郎 を代理申請・受領者と定め、
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請及び受領に関する権限を委任します。

様式3号の1
(職場単位)
又は様式3号
の2(個人単位)
どちらか
一方の様式を
使用してくだ
さい。

様式第1号における
施設名称及び管理職
名・管理職氏名を記
載してください。

(注意事項)

- この委任状は、都道府県への提出は不要です。ただし、慰労金の代理申請及び受領を証するものとして、都道府県からの求めがあった場合に速やかに提出できるよう、医療機関等において、適切に保管しなければなりません。

記

管理番号	氏名(漢字)(自署)	生年月日	住所(自署)	申請及び受領を委任する金額
1	〇〇 〇〇 印	〇年〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇
2	〇〇 〇〇 印	〇年〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇
3	〇〇 〇〇 印	〇年〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇
4	〇〇 〇〇 印	〇年〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇
5	〇〇 〇〇 印	〇年〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇
6	〇〇 〇〇 印	〇年〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇
7	〇〇 〇〇 印	〇年〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇
8	〇〇 〇〇 印	〇年〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇
9	〇〇 〇〇 印	〇年〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇
10	〇〇 〇〇 印	〇年〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇
11	〇〇 〇〇 印	〇年〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇
12	〇〇 〇〇 印	〇年〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇
13	〇〇 〇〇 印	〇年〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇

「管理番号」
「生年月日」
「申請及び受領を委任する金額」
は様式第1号から転記してください。

※「氏名(漢字)」
「住所」は対象者
自身による自署となります。

※「氏名(漢字)」
は自署であれば捺印
は不要です。

※記入欄が足りない
場合は適宜別紙をご
使用してください。

(記載方法・記載例)

島根県 知事殿

医療機関所在地の都道府県知事宛

紙申請用

様式第3号の2

様式3号の1 (職場単位) 又は様式3号の2 (個人単位) どちらか一方の様式を使用してください。

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(医療分)における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 代理申請・受領委任状

「所属」「生年月日」は様式第1号の【施設名称】を転記してください。「氏名」「住所」は対象者(委任者)自身の自署となります。

所属: 医療法人社団 △△病院
氏名: (自署) ○○ ○○
住所: (自署) ○○○○
生年月日: ○年○月○日

私は、下記の事項を確認・誓約し、医療法人社団 △△病院 病院長 厚生太郎
代理申請・受領者と定め、新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金
の申請及び受領に関する権限を委任します。

を
円

様式第1号における施設名称及び管理職名・管理職氏名を記載してください。

記

1. 今回の新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請以外に、個人申請並びに他の医療機関や介護・障害施設から慰労金の給付申請を行わないこと。
2. 申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から慰労金の給付を受けた場合は、不当利得として速やかに 島根県 知事に慰労金を返還すること。

様式第1号より対象者(委任者)の金額を転記してください。

(注意事項)

- この委任状は、都道府県への提出は不要です。ただし、慰労金の代理申請及び受領を証するものとして、都道府県からの求めがあった場合に速やかに提出できるよう、医療機関等において、適切に保管しなければなりません。

(記載方法・記載例)

医療法人社団 △△病院
病院長 厚生太郎 殿

様式第1号より「施設名称」【管理職名】「管理者名」を転記してください。

様式第5号
(文書番号)

令和2年×月××日

申請年月日を記載してください。

株式会社◎◎

◎◎◎◎

会社名代表者名を記載してください。

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金」の代理申請・受領委任について

貴院で委託業務に従事する別紙の者にかかる慰労金の申請及び受領について、貴職に委任いたしますので、事務手続き方よろしくお願いいたします。

(※委託会社等から同社の医療従事者等に慰労金の給付を行う場合は、以下を記載してください)
なお、慰労金の入金があった際には、下記口座にお振込みいただくようお願いいたします。

振込口座情報を記載してください。

記

◎◎銀行 ◎◎支店
普通 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
名義 ◎◎◎◎

(記載方法・記載例)

紙申請用
様式第5号別紙(1)
(No. 1~No. ●●)

施設類型		【B】	勤務あり	勤務なし
1 新型コロナウイルス感染症患者の入院受入を割り当てた医療機関	陽性患者入院以降、勤務実績あり		20万円	10万円
2 帰国者・接触者外来を設置する医療機関	陽性・疑い患者来院以降、勤務実績あり		20万円	10万円
3 地域外来・検査センター	陽性・疑い患者来院以降、勤務実績あり		20万円	10万円
4 宿泊療養受入施設での対応	軽症者等入所以降、勤務実績あり		20万円	—
5 自宅療養を行う場合の新型コロナウイルス感染症患者に対するフォローアップ	軽症者等に対する、勤務実績あり		20万円	—
6 1～5以外の病院及び診療所	陽性患者入院以降、勤務実績あり		20万円	5万円
7 訪問看護ステーション	陽性患者訪問日以降、勤務実績あり		20万円	5万円
8 助産所	陽性妊産婦患者入所以降、勤務実績あり		20万円	5万円

【委託・派遣業者→医療機関→都道府県】給付対象内訳_新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金(委託・派遣労働者分)

合計申請額(円)

0000 ← 給付対象者の支給申請金額の合計額を記載して下さい。



管理番号 1からの 自動連番	医療機関コード										申請する 医療機関等 名称	給付申請 金額	氏名 (漢字) 姓と名の間は空けてください。	フリガナ (カタカナ) 姓と名の間は空けてください。	生年月日 (令和〇年〇月〇日)	性別 男性 女性	法人名	他施設と 合算	申請施設	申請施設 以外	委任状 徴収済
	【A】 起算日から 6/30までの期間 における 延べ 勤務日数	【B】 申請する 医療機関等 での コロナ患者受入 以降の 勤務実績(※) (有り/無し)	【C】 他医療機関等 での 勤務実績 (有り/無し)																		
1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	00 00	00 00	〇年〇月〇日	男性	0000	〇〇日	有り	有り	済
2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	00 00	00 00	〇年〇月〇日	女性	0000	〇〇日	有り	無し	済
3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	00 00	00 00	〇年〇月〇日	男性	0000	〇〇日	有り	無し	済
4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	00 00	00 00	〇年〇月〇日	女性	0000	〇〇日	有り	有り	済
5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	00 00	00 00	〇年〇月〇日	男性	0000	〇〇日	有り	有り	済
6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	00 00	00 00	〇年〇月〇日	男性	0000	〇〇日	無し	無し	済
7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	00 00	00 00	〇年〇月〇日	男性	0000	〇〇日	無し	無し	済
8	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	00 00	00 00	〇年〇月〇日	男性	0000	〇〇日	無し	無し	済
9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	00 00	00 00	〇年〇月〇日	男性	0000	〇〇日	無し	無し	済

●●	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	00 00	〇年〇月〇日	〇年〇月〇日	男性	男性	〇〇日	無し	無し	済
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	--------	-------	--------	--------	----	----	-----	----	----	---

↑ 番号を1から連番で付して下さい。

↑ 医療機関コードを様式第1号から転記して下さい。

↑ 医療機関名称を様式第1号から転記して下さい。

↑ 給付対象者の慰労金の額を記載してください。

↑ 給付対象者の氏名(漢字)を記載してください。

↑ 給付対象者の氏名(カナ)を記載してください。

↑ 給付対象者の生年月日を記載してください。

↑ 給付対象者の性別を記載してください。

↑ 委託名・派遣労働者(会社名)を受託・派遣元を記載してください。

↑ 給付対象者の起算日から6月30日までの勤務日数を記載してください。

↑ 給付対象者の勤務実績(※)を記載してください。

↑ 給付対象者の他の医療機関での勤務実績(※)を記載してください。

↑ 給付対象者から委任状を徴収したかどうかを記載してください。

紙申請用
様式第5号別紙(2)
(No. 1~No. ●●)

※様式第5号別紙(1)[C]
欄で該当する者のみ記入

		【施設類型】 1～3			【施設類型】 4～5			【施設類型】 6～8		
		1 新型コロナウイルス感染症患者の入院受入を割り当てた医療機関 2 帰国者・接触者外来を設置する医療機関 3 地域外来・検査センター			4 宿泊療養受入施設での対応 5 自宅療養を行う場合の新型コロナウイルス感染症患者に対するフォローアップ業務			6 1～5以外の病院及び診療所 7 訪問看護ステーション 8 助産所		
		他医療機関等での、勤務実績あり (1番～3番)			他医療機関等での、勤務実績あり (4番～5番)			他医療機関等での、勤務実績あり (6番～8番)		
		申請する施設 以外			申請する施設 以外			申請する施設 以外		
		1番～3番の合算			4番～5番の合算			6番～8番の合算		
管理番号 1からの 自動連番	氏名 (漢字) 姓と名の間は空けてください。	医療機関等 名称 複数の場合は どこか、1か所	【A】1～3 起点日から 6/30までの期間 における 延べ 勤務日数	【B】1～3 申請する 医療機関等 以外での コロナ患者受入 以降の 勤務実績(※) (有り/無し)	医療機関等 名称 複数の場合は どこか、1か所	【A】4～5 起点日から 6/30までの期間 における 延べ 勤務日数	【B】4～5 申請する 医療機関等 以外での コロナ患者受入 以降の 勤務実績(※) (有り/無し)	医療機関等 名称 複数の場合は どこか、1か所	【A】6～8 起点日から 6/30までの期間 における 延べ 勤務日数	【B】6～8 申請する 医療機関等 以外での コロナ患者受入 以降の 勤務実績(※) (有り/無し)
1	○○ ○○	○○○○	○○日	有り	○○○○	○○日	無し	○○○○	○○日	無し
2										
3										
4	○○ ○○	○○○○	○○日	有り	○○○○	○○日	無し	○○○○	○○日	無し
5	○○ ○○	○○○○	○○日	有り	○○○○	○○日	無し	○○○○	○○日	無し
6										
7										
8										
9										

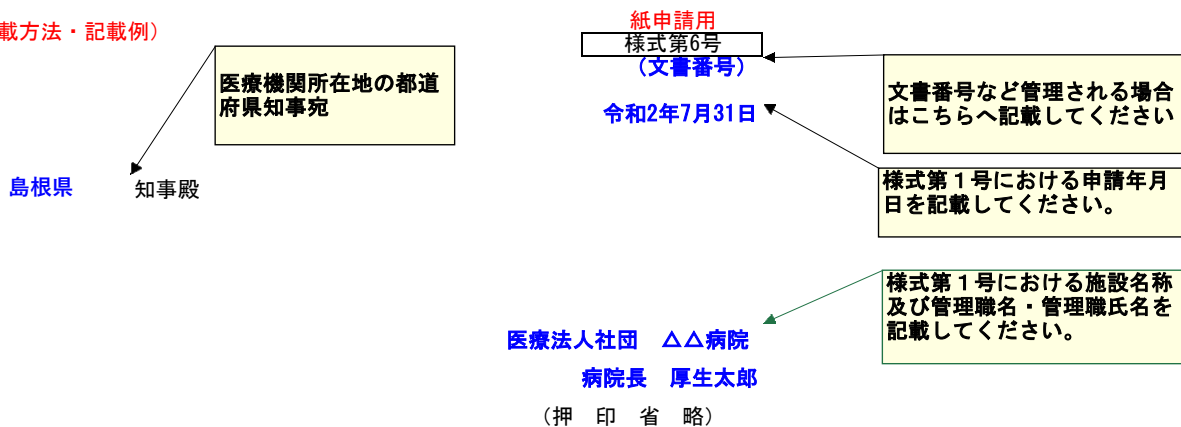
↑ 様式第5号別紙(1)から
↑ 氏名を転記(該当者のみ)

・他施設(施設類型1～3)で勤務実績が「有り」の場合、「医療機関等名称(複数ある場合はどこか1つ)」「起点日から6月30日までの延べ勤務日数」「他施設(施設類型1～3)以外の場合でのコロナ患者受け入れ以降の勤務実績の有無(「有り」「無し」)を記載してください。

・他施設(施設類型4～5)で勤務実績が「有り」の場合、「医療機関等名称(複数ある場合はどこか1つ)」「起点日から6月30日までの延べ勤務日数」「他施設(施設類型4～5)以外の場合でのコロナ患者受け入れ以降の勤務実績の有無(「有り」「無し」)を記載してください。

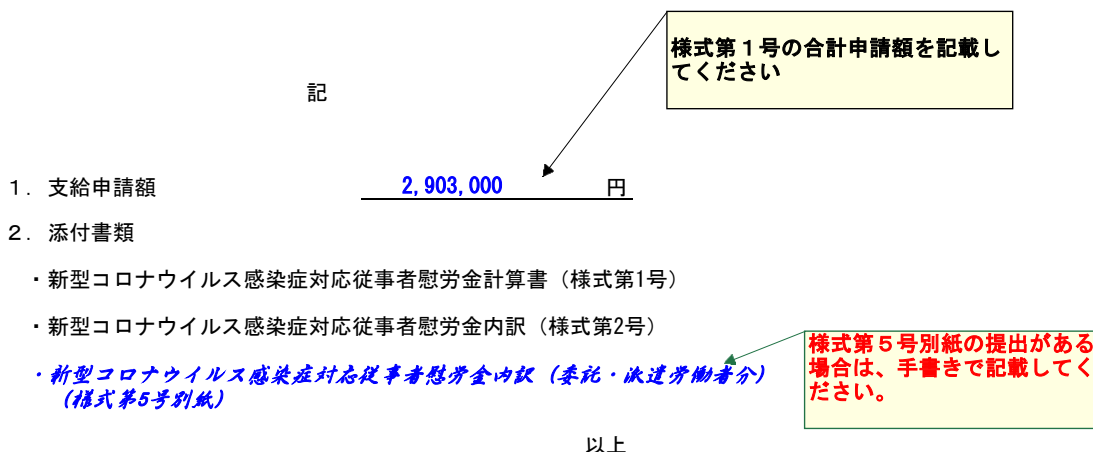
・他施設(施設類型6～8)で勤務実績が「有り」の場合、「医療機関等名称(複数ある場合はどこか1つ)」「起点日から6月30日までの延べ勤務日数」「他施設(施設類型6～8)以外の場合でのコロナ患者受け入れ以降の勤務実績の有無(「有り」「無し」)を記載してください。

(記載方法・記載例)



令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金給付申請書

標記について、次により交付金を給付されるよう関係書類を添えて申請する。



【医療機関→都道府県】実績報告書_新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金

施設概要												
医療機関コード (10桁)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	施設名称	医療法人社団 △△病院
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		
	〇〇部			〇〇 〇〇			03-XXXX-XXXX			〇〇〇〇@〇〇. 〇〇		

所在地	都道府県名	市区町村以降
	東京都	中央区日本橋〇-〇-〇

給付実績額

科目	人数	給付額 (円)
慰労金	15	2,900,000
振込手数料		3,000
慰労金給付済額 (円)		2,903,000
慰労金給付決定額 (円)		2,903,000
精算額		0

慰労金を給付した合計人数、合計給付額を記載してください。

慰労金の振込手数料の金額を記載してください。

交付決定通知を確認し、ご記載下さい。

※こちらの実績書は、職員等への慰労金給付が終了したら1か月以内をめぐりに、各都道府県慰労金担当窓口へ添付書類と合わせてご提出ください。

◎給付後に提出いただく書類は以下の通りです。

- ・慰労金を職員等に対して給付した際の証憑（個人ごとの振り込みの記録や現金で給付した場合の受領簿など給付額が分かるもの）
（※委託業者等に雇用される者に委託業者等経由で給付を実施した場合は、当該委託業者等が委託業者等に雇用される者に給付を行ったことが確認できる証憑も必要）
- ・慰労金の給付にあたって振込手数料を要した場合の、振込手数料がわかる書類 等

(記載方法・記載例)

島根県

知事殿

医療機関所在地の
都道府県知事宛

紙申請用

様式第8号

(文書番号)

令和2年×月×日

文書番号など管理される場合は
こちらへ記載してください。

実績報告書の提出年月日を記載してください。

医療法人社団 △△病院

病院長 厚生太郎

(押印省略)

様式第1号の「施設名称」「管理職名」
「管理者名」を転記してください。

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金給付実績報告書

標記について、別紙により給付実績を報告いたします。

記

添付書類

- ・ 実績報告書（様式第7号）
- ・ 慰労金を職員等に対して給付した際の証憑
- ・ 要した振込手数料にかかる証憑
- ・ その他

添付しない書類がある場合は二重線で消すか
削除（エクセルの場合）してください。

以上

(記載方法・記載例)

紙申請用
参考様式第1号
(発翰番号)

令和2年×月××日

医療法人●● 院長殿

医療法人社団△△病院

病院長 厚労太郎



令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金」給付に係る勤務証明について（依頼）

下記の職員に係る標記について、別紙によりご証明くださるようお願いします。

記

証明対象職員：●●●●

職名：○○○○

対象期間：●年●月●日～●年●月●日の間の勤務日数

(記載方法・記載例)

紙申請用
参考様式第2号
(発翰番号)

令和2年×月××日

医療法人社団 △△病院
病院長 厚労太郎 殿

医療法人●●
院長 ○○ ○○ 印

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金」給付に係る勤務証明について（回答）

令和○年○月○日付けで貴職より依頼のありました標記について、下記の通り回答いたします。

記

該当の場合は記載をしてください

証明対象職員氏名：○○○○
所属部門・部署：○○○○
職種：○○○○
主な業務内容：○○○○
起点日から6月末までの勤務日数：○○○○
新型コロナウイルス感染症患者1例目受入以降6月末までの勤務日数：
施設類型：

以下、該当の施設類型を記載してください

- ・新型コロナウイルス感染症患者受入医療機関
- ・帰国者・接触者外来
- ・地域外来・検査センター
- ・自宅療養を行う場合のフォローアップ業務
- ・宿泊療養受入施設
- ・役割設定をされていない医療機関
- ・訪問看護ステーション
- ・助産所

(記載方法・記載例)

紙申請用

参考様式第3号
(発翰番号)

令和2年×月×日

医療法人社団 △△病院

病院長 厚労太郎 ㊟

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金」給付に係る勤務証明

標記について、以下とおり相違のないことを証明いたします。

記

証明対象職員氏名：○○○○
所属部門・部署：○○○○
職種：○○○○
主な業務内容：○○○○
起点日から6月末までの勤務日数：○○○○
新型コロナウイルス感染症患者1例目受入以降6月末
までの勤務日数：
施設類型：

該当の場合は記載をしてください

以下、該当の施設類型を記載してください

- ・新型コロナウイルス感染症患者受入医療機関
- ・帰国者・接触者外来
- ・地域外来・検査センター
- ・自宅療養を行う場合のフォローアップ業務
- ・宿泊療養受入施設
- ・役割設定をされていない医療機関
- ・訪問看護ステーション
- ・助産所