

【表面】 事業計画書_医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

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

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|------|-------------------|--|-------|-------|--|---------|--------|--|------------|------|--|
| 申請日 | | 医療機関等 コード(10桁) | | | | | | | | | 施設名称 | |
| 管理者職名 | | | | | 管理者氏名 | | | | | | | |
| 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 | | | | 都道府県名 | | | 市区町村以降 | | | | |
| | | | | - | | | | | | | | |

施設類型について、該当するものに○してください。

※ 原則として令和2年4月1日現在の医療法上の許可病床数

| | | | | | | |
|------|-------------------|--------------------|--|------------|-----------|--|
| 施設類型 | 病院(医科、歯科) | 許可病床数※ (病院のみ記載) | | a_補助上限額(円) | | 計算結果をご記載ください 2,000,000 + (50,000 × 病床数) |
| | 有床診療所(医科、歯科) | | | | 2,000,000 | |
| | 無床診療所(医科、歯科) | | | | 1,000,000 | |
| | 薬局、訪問看護ステーション、助産所 | | | | 700,000 | |

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

支援金の振込先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 | | | | | | | | | | | |

裏面へ続く(必ず裏面も記載してください)

【裏面】 事業計画書_医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援

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との重複について

「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おらず、申請する予定もない

はい

いいえ

該当する場合は、「はい」を選択して下さい。
※本事業と左記事業の補助は、重複して受けられませんので、ご注意ください。

事業費用

【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】

対象期間(令和2年4月1日から令和3年3月31日)に、支出が予定されている各対象科目の費用について実績額を、ご記載ください。
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も、幅広く補助の対象となります。
※ 令和2年4月1日から令和3年3月31日までにかかる費用が対象となります。

| 科目 | | 支出額(円) | 収入額(円) |
|--------------------------------------|-----------------------------|--------|--------|
| 支出 | 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 | | |
| 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)) | | | |

左の支出額、収入額を確認できる証拠書類(領収書、契約書等)の写しを添付してください。

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

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ので、ご確認ください。

各医療機関等からの申請は1回限りですので、対象となる可能性のある費用について、漏れのないようご注意ください。