

【申請書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。

【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）

請 求 書

「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			

補助事業者名

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2年度用>

申請日

(入力形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り
(表示は、元号表示になります)

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)		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		
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		

原則として令和2年12月15日現在の医療上の許可病床数

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又は令和2年9月15日の予備費による「インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業」の交付決定通知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※の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)

「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(③②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みません。

(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)

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」

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(見込み)を下記の支出科目ごとに記載して下さい。

事業開始日	事業終了日	(入力形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り (表示は、元号表示になります) 補助対象期間は、「令和2年12月15日～令和3年3月31日」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)	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		
	d_合計支出額(総事業費)		
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」			
補助申請額(円)(b又はcとf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」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、令和2年度二次補正予算の「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」や「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」、「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」等、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。	二次補正予算の「新型コロナ疑い患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業」や「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」等、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、令和2年度二次補正予算の「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」や「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」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。同意いただけない場合は、本事業の補助を受けることはできません。なお、入手した情報は本事業の審査・確認以外の目的で使用することはありません。

領収書等貼付用紙_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

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。
 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2年12月15日から令和3年3月31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

領収書

A病院様
金額 ¥一,一〇〇 (税込)

株式会社▶▶▶

〇〇リース代 2021年1月~2021年12月分

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。

月数で按分し、2021年1月から
2021年3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

請求書

A病院様
金額 ¥〇〇,〇〇〇 (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」の医療期間の場合、
通常思使用される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。

第5号様式

医第〇〇-〇号
令和3年2月4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

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2年度新型コロナウイルス」の精算交付申請書
標記について、次の

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

確保支援補助

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

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 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

申請日	令和3年3月1日	(入力形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り (後者は、省略表示になります)	必須項目(黄色のセル) すべてに入力して下さい。 入力するとセルの色が白色になります。
-----	----------	---	---

I. 基本情報	申請期間外です 特切 令和3年2月28日(当日消印有効)	申請日が、申請受付期間外の場合、こちらの注意書きが表示されます。	※入力内容によって必須項目は異なります。
---------	---------------------------------	----------------------------------	----------------------

医療機関等コード(10桁)	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。	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	kourou@—.jp

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

施設類型(ブルダウから選択)	病院(医科)	許可病床数 病院・有床診療所のみ	200	施設類型及び許可病床数に間違いがない	はい
----------------	--------	---------------------	-----	--------------------	----

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又は「インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業」の交付決定通知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
---	-----------------

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(③④)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前当医療機関(直営医療機関、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)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を含みません。

(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)	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	0 0 0 0	支店名	●●支店	支店コード	0 0 1
-------------	-------	------	---------	---------	-----	------	-------	-------

預金種類	1	口座番号(右詰め)	1 1 1 1 1 1 1 1 1
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	
取引口座名		〇〇病院	

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2年12月15日	事業終了日	令和3年3月31日	(入力形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り (後者は、省略表示になります)

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)	収入額(円)
賞金・報酬	臨時職員の給与	234,000	0
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	
役員費	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)(f-a) ただし、f-aが「0」以下の場合は、「0」		3,789,500	
補助申請額(円)(b又はcとf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。
---------------------------	----	--

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、令和2年度二次補正予算の「新型コロナ疑い患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業」や「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」、「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」等、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	二次補正予算の「新型コロナ疑い患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業」や「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」等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、令和2年度二次補正予算の「新型コロナ疑い患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業」や「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」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。同意いただけない場合は、本事業の補助を受けることはできません。なお、入手した情報は本事業の審査・確認以外の目的で使用することはございません。
--	----	---

「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：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。

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。)

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又は「インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業」の交付決定通知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。

「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。

【自動計算】 「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について、当該事業の補助基準額(上限額)が自動計算されます。

【自動計算】

①「診療・検査医療機関(仮称)」の場合
・1,000千円又は下記の計算式で算出された額のいずれか大きい額

②「診療・検査医療機関(仮称)」でない医療機関・薬局等の場合
下記計算式で算出されます。

- ・病院・有床診療所(医科・歯科) 250千円+50千円×許可病床数
- ・無床診療所(医科・歯科) 250千円
- ・薬局、訪問看護事業者、助産所 200千円

【自動計算】 ※当該補助金を受けていない医療機関は該当しません。(「非該当」と表示)

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」の補助基準額(上限額)が「250千円+50千円×許可病床数」より低い場合、差額分が自動計算されます。その差額分が本事業の補助基準額(上限額)になります。

希望される補助金の振込先を記入してください。

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。)

- ・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
- ・役員費：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。

二次補正予算の「新型コロナ疑い患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業」や「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」等、他の補助金と重複する経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。

必要に応じて、令和2年度二次補正予算の「新型コロナ疑い患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業」や「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」の申請内容や実績報告の内容について、国から都道府県へ確認することについて同意してください。
なお、同意されない場合は申請できません。

請 求 書

「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 (フリガナ)	11111111
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 交付請求	令和3年2月4日

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