

### 【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）

第 4 号様式

申請日

厚生労働大臣 殿

「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                        |   |   |
|   | ・ 本事業の交付決定通知（写し）            |   |   |
|   | ・ 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

|     |  |                                                    |          |
|-----|--|----------------------------------------------------|----------|
| 提出日 |  | (入力形式) 西暦4桁 / 月 / 日 半角、スラッシュ区切り<br>(表示は、元号表示になります) | <令和2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<br>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<br>提出時には、必ず本事業の交付決定通知(写し)を添付してください |            |

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                               |                             | 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<br>(表示は、元号表示になります) |        |
|                                     | 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                       |                                                  |  |                                                    |        |
|                                     | 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、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「新型コロナウイルス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ございません。 |

参考様式

| 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<br>コード（10桁）                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  | 施設名称 |  |
| 補助精算額<br>(交付申請書（別紙）からの転記)                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  | 領収書等の合計額 |  |  |  |  |  |      |  |
| <p><u>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。</u></p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |

（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 ￥一ー,一ー一 (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

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」の医療期間の場合、  
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。

医第〇〇-〇号  
令和3年4月10日

厚生労働大臣 殿

東京都千代田区霞が関〇〇〇  
〇〇病院  
院長 〇〇〇

「令和2年度新  
の実績報告書

標記について、

1 国庫補助精算書

2 実績報告書（別紙）

2 添付書類

- ・ 本事業の交付決定通知（写し）
- ・ 領収書等の支出が確認できる書類（領収書等貼付用紙）

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。

「本制確保支援補助金」

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

提出日

令和3年4月1日

(入力形式) 西暦4桁/月/日  
(表示は、元号表示になります)

半角、スラッシュ区切り

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2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。記入漏れがないご確認ください。

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  
提出時には、必ず本事業の交付決定通知(写し)を添付してください

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15日

事業終了日

令和3年1月3日

(入力形式) 西暦4桁/月/日  
(表示は、元号表示になります)

半角、スラッシュ区切り

事業開始日が事業終了日よりも後の日付になっています

|                                      | 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   |        |
|                                      | 会費                          | 勉強会の会費など                                         | 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 | 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。 | はい | 二次補正予算の「新型コロナウイルス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。                              | はい | 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られません。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できません。 |

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3年4月10日のいずれか早い日（当日消印有効）」です。

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1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。

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。

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。

必要に応じて、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補助できません。