

令和6年度 茨城県医療機関物価高騰対策支援金

申請マニュアル

【申請期間】

令和6年5月7日（火）～ 令和6年5月24日（金）（消印締切）

【申請方法】

電子申請又は書面申請

【お問合せ先】

茨城県保健医療部保健政策課 医療機関物価高騰対策支援金担当

電話番号：029-301-2995

受付時間：平日9時～17時

【専用ホームページ】

https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/koso/iji/koso/shienkin/iryofukushi_sh_r6.html



1 支援金の概要

(1) 趣旨

食材料費の高騰が続く中、医療機関（保険医療機関である病院・有床診療所に限る。以下同じ。）における入院時の食費の基準が長年据え置かれ、診療報酬とも差が生じていることを踏まえ、当該負担を軽減し、健全な経営の維持を図るため、医療機関を運営する法人又は個人に対し、予算の範囲内において茨城県医療機関物価高騰対策支援金を支給します。

なお、支援金は次の4つがあり、本申請マニュアルは④の申請のためのマニュアルとなります。

- ① R4 年度支援金（令和5年2月から申請受付した支援金） ← 申請受付終了
- ② R5 年度上期支援金（令和5年8月7日から申請受付した支援金） ← 申請受付終了
- ③ R5 年度下期支援金（令和6年2月1日から申請受付した支援金） ← 申請受付終了
- ④ **R6 年度支援金（令和6年5月7日から申請受付する支援金） ← 今回申請受付**

(2) 支給対象者

R6 年度支援金の支給対象となる者は、次の各号に掲げる全ての事項に該当する者としてします。

なお、医療機関は、茨城県内に所在するものとします。

- ア 令和6年4月1日時点において、医療機関の開設について所轄の行政庁の許可若しくは指定等を受け、又は届出をしていること。
- イ 医療機関を運営する法人又は個人であること。
- ウ R6 年度支援金を申請する時点において、休止又は廃止していないこと。

(3) 支給額

R6 年度支援金の支給額は、次により算出した額となります。

<食材料費等の支給額>

3,200 円×病床数^{※1}

※1 病床数

- ・令和6年4月1日時点の許可病床数
- ・申請時点で休床している病床は除きます。

(4) 提出書類

R5 年度下期支援金を受領しておらず（申請したが取り下げた場合も含む）、今回新たに R6 年度支援金を申請する場合は、以下①～③の書類をすべて提出してください。

※ R5 年度下期支援金を受領しており、振込先口座に変更がない場合は、以下③の「振込先口座の通帳の写し」の提出は不要です。

書類の名称	内容
申請書類	<p>①申請書兼宣誓・同意書（様式第1号）</p> <p>②施設内訳書</p> <ul style="list-style-type: none">・電子申請の場合は、必ず指定の Excel ファイルを使用し、記載例及び「3 申請書・施設内訳書」を参考に作成してください。<u>計算式等を変更したものでの申請は受け付けません。</u> <p>③振込先口座の通帳の写し（表紙及び見開き部分）【新規の申請のみ】</p> <ul style="list-style-type: none">・支援金の振込先となる口座の通帳の写しを添付してください。・金融機関名、支店番号、支店名、口座種別、口座名義人（カナ名）が確認できるよう提出してください。・紙媒体の通帳がない場合（インターネットバンキングなど）は、電子通帳等の画像を提出してください。 <p>※ <u>R5 年度下期支援金を受領しており、振込先口座に変更がない場合は、「振込先口座の通帳の写し」の提出は不要です。</u></p>

(5) 申請方法

「電子申請」又は「書面申請」により申請できます

※ 可能な限り「電子申請」による申請にご協力ください。

※ 1つの法人又は個人で複数の医療機関を運営する場合は、茨城県内で運営する全ての医療機関の申請額を取りまとめて、一括して申請してください。

※ この申請は、対象となる医療機関1か所につき1回限りです。

ア 電子申請

県のホームページから「いばらき電子申請・届出サービス」にアクセスしてください。

→ https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/koso/iji/koso/shienkin/iryoufukushi_sh_r6.html

- ・ 「いばらき電子申請・届出サービス」は、利用者登録をせずに利用可能です。
- ・ 添付書類は、あらかじめ写真やスキャンしたデータをご用意ください。
なお、添付書類の容量上限は 50MB です。

イ 書面申請

電子申請ができない場合のみ、書面により申請いただけます。

申請書に必要事項を記載の上、添付書類とともに以下まで送付してください。

【書面申請郵送先】
〒310-8555 茨城県水戸市笠原町 978 番 6
茨城県保健医療部保健政策課 医療機関物価高騰対策支援金担当 宛

- ・ 申請書兼宣誓・同意書は、茨城県保健医療部保健政策課ホームページにおいてダウンロードし、印刷して使用してください。
- ➔ https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/koso/iji/koso/shienkin/iryoufukushi_sh_r6.html
- ・ 県から申請内容を確認するために連絡する場合がありますので、提出時に必ず控えをお取りください。
- ・ 簡易書留又はレターパックなど、送付物の追跡ができる方法で送付してください。

(6) 審査・支給・不支給

- ・ R6 年度支援金は、審査の結果、適正と認められた場合に、申請者が指定する口座へ振り込みます。振込をもって支給決定の通知と代えさせていただきますので、支給決定の通知は発送いたしません。 予めご了承ください。
振込名は、「イバラキケンホケンセイサクカ」になります。
- ・ 審査の結果、要件を満たさない等の理由により R6 年度支援金を支給しない旨の決定をしたときは、後日、不支給決定の通知を発送します。

(7) その他・注意事項

- ・ 申請内容の確認のため、追加書類の提出や説明をお願いする場合があります。
- ・ 申請内容に不備がある場合は、不備の修正を依頼します。軽微な不備（誤字等）については、審査担当者が職権により修正いたします。
- ・ 書類の不備等があり、申請者に連絡・確認がとれない期間又は申請者が不備修正に応じない期間が 30 日間続いた場合には、申請が取り下げられたものとみなします。
- ・ R6 年度支援金の事務処理を円滑に進めるため、県では、必要に応じて検査、報告又は是正のための措置を求めることがあります。
- ・ R6 年度支援金の支給後、申請要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合、県は支給決定を

取り消します。既に支給した支援金については、受領の日から納付の期間までに応じて年利 10.95 パーセントの割合で計算した加算金と併せて返還していただきます。

- ・ R6 年度支援金の返還及び加算金の納付期限内に納付がない場合は、未納に係る金額に対して、未納に係る期間に応じた年利 10.95 パーセントの割合で計算した延滞金を徴収いたします。
- ・ 不正受給と判断された場合、申請者名の公表や告訴等の措置をとる場合があります。

2 不支給要件

以下の（１）から（７）のいずれかに該当する場合は、R6 年度支援金の支給対象外となります。

- （１） 茨城県暴力団排除条例（平成 22 年茨城県条例第 36 号。以下「条例」という。）第 2 条第 1 号又は第 3 号に規定する者（以下「暴力団等」という。）
- （２） 代表者又は役員等（役員又は支店若しくは営業所の代表者、団体である場合は代表者、理事等その他経営に実質的に関与している者をいう。）のうちに条例第 2 条第 3 号に規定する者又は暴力団等と社会的に非難されるべき関係を有している者がある医療機関
- （３） 暴力団等が実質的に経営を支配する者
- （４） 県又は市町村が運営する医療機関であって、地方公営企業の適用を受けていない医療機関
- （５） 国・地方公共団体（一部事務組合を含む。）が管理・運営している医療機関（指定管理を含む。）
- （６） 事業を営む個人であって、事業所得の申告（確定申告、市県民税申告）をしていない者
- （７） 前各号に掲げる者のほか、R6 年度支援金の趣旨・目的に照らして適当でないと知事が判断する者

3 申請書・施設内訳書

（１）申請書

①申請者

入力項目	内 容
法人又は個人名	法人の場合は法人名、個人の場合は県に届けている開設者の氏名を記載してください（フリガナも記載）。
法人の場合、代表者の職氏名	法人代表者の職名、氏名を記載してください。
主たる事務所の所在地	本店・主たる事務所の所在地を記載してください。

②連絡担当者

入力項目	内 容
所属・氏名	審査の際に、県から問合せを行う際の担当となる方の所属と氏名を記載してください。

連絡先（電話番号）	担当者と連絡が取れる電話番号を記載してください。
連絡先（メールアドレス）	担当者の所属のメールアドレスを記載してください。

③申請額

指定の Excel ファイルに入力して申請する場合は、「(別紙) 施設内訳書」に入力することで自動計算されます。書面申請の場合は、「(別紙) 施設内訳書」を作成したうえで、以下により記載してください。

入力項目	内 容
医療機関数	「(別紙) 施設内訳書」に記載した医療機関数を計上して記載してください。
申請額	「(別紙) 施設内訳書」に記載した申請額を計上して記載してください。

④振込先口座

- ・振込先の口座は、必ず申請者と同じ名義のものを記入してください。
- ・R5 年度下期支援金と同じ振込先口座である場合も必ず記入してください。
- ・今回が初めての支援金申請である場合、又は今回申請する振込先の口座がこれまで支援金を受領した口座と異なる場合は、通帳の写しを必ず添付してください。

入力項目	内 容
金融機関名	金融機関名を記載してください。
本・支店名	本店若しくは支店名を記載してください。
金融機関コード	金融機関コードを記載してください。
支店コード	支店コードを記載してください。
口座名義	申請者名と一致する口座名義名を記載してください。
口座番号	口座番号を記載してください。
預金種目	預金種目を記載してください。

⑤宣誓・同意事項

- ・申請に際して、申請書に記載の内容について、宣誓・同意することが必要となります。
- ・必ず各事項を確認し、「以上の事項について宣誓・同意します」の欄に○を記載してください。

(2) 施設内訳書

入力項目	内 容
医療機関名	医療機関の名称を記載してください。
医療機関類型	病院・有床診療所のいずれかを選択して記載してください。
医療機関所在地	医療機関の所在地を記載してください。
病床数	令和6年4月1日時点の許可病床数を記載してください。 ただし、申請時点で休床している病床は除きます。

申請額	指定の Excel ファイルに入力した場合は、自動計算されます。 書面申請の場合は、「1 支援金の概要」の（3）支給額により算出して記載してください。
-----	--