

様式1

令和 年 月 日

茨城県知事 殿

所在地；  
施設名称；  
代表者名；

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（医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業）の交付申請書

標記について、次により交付金を交付されるよう関係書類を添えて申請する。

1 申請額 金 円

2 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業）に関する事業実施計画書

**【表面】 事業実施計画書 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	担当者氏名	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日現在の医療従事者の許可種別数

病院 (医科、歯科)  
有床診療所 (医科、歯科)  
無床診療所 (医科、歯科)  
薬局、訪問看護ステーション、助産所

許可病床数  
(病院のみ記載)

補助上限額  
(基準額)

補助上限額  
(円)

2,000,000  
1,000,000  
700,000

計算結果をご記載ください  
2,000,000 + (50,000 × 病床数)

施設類型及び許可病床数に間違いがない

はい いいえ

補助上限額及び許可病床数に間違いがない場合は、その欄で「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**

振り込み先の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 (フリガナ)	口座番号 (左詰め)		
取引口座名			

裏面へ続く (必ず裏面も記載してください)

様式2-2（「様式2-1」は、オンライン請求システム・WEB受付申請システム・電子媒体(CD-R)申請用であり、どちらか一方のみ提出)

【裏面】 事業実施計画書 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」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」の  
支拂金について申請しておらず、申請する予定もない

はい ــــــــــــــــ 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、ご留意ください。

【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概算額を、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ので、支出済みの費用だけでなく、申請日以降に発生が見込まれる費用も合わせて、概算額で申請することも可能です。  
概算額で申請した場合、事後に実績報告が必要となるため、領収書等の証拠書類を保管しておいてください。なお、実績報告において対象とならない経費が含まれていた場合など、概算で交付した額が交付すべき確定額を上回るときは、その上回る額を返還していただくこととなります。

科目	支出予定額 (円)	収入予定額 (円)
賞金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
雑用費		
役員費		
委託料		
使用料及び賃借料		
備品購入費		
b_合計支出予定額（総事業費）		
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_合計支出予定額-収入予定額 (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))		

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 ــــــــــــــــ 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、ご留意ください。