

令和2年度茨城県医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業補助金  
(薬局) 交付要項

(趣旨)

第1条 茨城県の交付する、薬局(保険薬局に限る。以下同じ。)における感染拡大防止等支援事業補助金については、「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業(医療分)実施要綱」(令和2年6月16日付け医政発0616第1号・健発0616第5号・薬生発0616第2号厚生労働省医政局長・健康局長・医薬・生活衛生局長通知。以下「国の実施要綱」という。),「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(医療分)交付要綱」(令和2年6月16日厚生労働省発医政0616第1号・厚生労働省発健0616第6号・厚生労働省発薬生0616第65号厚生労働事務次官通知。)及び茨城県補助金等交付規則(昭和36年茨城県規則第67号。以下「規則」という。)に規定するもののほか、この要項の定めるところによる。

(目的)

第2条 この補助金は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大が懸念される中、それぞれの機能・規模に応じた地域における役割分担の下、必要な医療提供を継続することが求められる薬局が、施設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ことができるよう、感染拡大防止等の支援を行うことを目的とする。

(対象事業)

第3条 この補助金は、国の実施要綱3.(19)に基づき、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止等を行う薬局が実施する新型コロナウイルス感染拡大防止対策や医療提供体制確保等の事業を対象として、予算の範囲内で交付する。なお、この要項の施行以前に着手した事業及び完了した事業も対象とする。

(対象経費)

第4条 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医療提供体制確保等に要する費用(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除く)であって、第6条の別表の(3)に定める経費を対象とする。

(対象期間)

第5条 この補助金の対象とする期間は、令和2年4月1日から令和3年3月31日までとする。

(交付額の算定方法)

第6条 この補助金の交付額は、次により算定された額を交付する。

- ① 別表に定める基準額と対象経費の支出予定額とを比較して少ない方の額を選定するものとする。
- ② 前号により選定された額と総事業費から寄附金及びその他の収入額を控除した額とを比較して少ない方の額を交付するものとする。ただし、算出された額に1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てるものとする。

【別表】

(1) 区分	(2) 基準額	(3) 対象経費
薬局	700,000円	賃金，報酬，謝金，会議費，旅費，需用費（消耗品費，印刷製本費，材料費，光熱水費，燃料費，修繕料，医薬材料費），役務費（通信運搬費，手数料，保険料），委託料，使用料及び賃借料，備品購入費

(交付の申請)

第7条 本補助金は，原則，概算額で申請を行うものとする。概算額での申請をしようとする者は，あらかじめ指定する期日までに交付申請書（様式1）及び事業計画書（様式2-1又は2-2）を，茨城県国民健康保険団体連合会を通じて，茨城県知事（以下「知事」という。）に提出するものとする。なお，精算額での申請を行うことも妨げない。

2 精算額での申請を行う者は，あらかじめ指定する期日までに交付申請書（様式3）及び事業実績報告書（様式4）を，茨城県国民健康保険団体連合会を通じて，知事に提出するものとする。

(交付の決定)

第8条 知事は，第7条第1項の規定に基づく申請があった場合は，その内容を審査し，適正と認めるときは，第9条に規定する事項を条件に補助金の交付を決定するものとし，その決定の内容を補助金交付決定通知書（様式5）により申請者に通知するものとする。

2 知事は，第7条第2項の規定に基づく申請があった場合は，その内容を審査し，適正と認めるときは，第9条に規定する事項を条件に補助金の交付を決定するとともに補助金額を確定し，その決定の内容を補助金交付決定通知及び額の確定通知書（様式6）により申請者に通知するものとする。

(交付の条件)

第9条 この補助金の交付条件は，規則に基づき，次のとおりとする。

- ① 各事業実施計画の範囲を超えて補助金の配分を調整する場合は，知事の承認を受けなければならない。
- ② 事業実施計画を変更する場合（軽微な変更を除く。）は，知事の承認を受けなければならない。
- ③ 事業実施計画を中止し，又は廃止する場合には，知事の承認を受けなければならない。
- ④ 事業実施計画が予定の期間内に完了しない場合又は当該計画の遂行が困難となった場合には，速やかに知事に報告してその指示を受けなければならない。
- ⑤ 事業実施計画の実施により取得し，又は効用の増加した価格が単価30万円以上の機械，器具及びその他の財産については，補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律の施行令第14条第1項第2号の規定により厚生労働大臣が別に定める期間を経過するまで，知事の承認を受けないでこの補助金の交付の目的に反して使用し，譲渡し，交換し，貸し付け，担保に供し又は廃棄してはならない。

- ⑥ 知事の承認を受けて財産を処分することにより収入があった場合には、その収入の全部又は一部を県に納付させることがある。
- ⑦ 補助事業の実施により取得し、又は効用の増加した財産については、事業完了後においても善良な管理者の注意をもって管理するとともに、その効率的な運営を図らなければならない。
- ⑧ 補助事業完了後に、消費税及び地方消費税の申告により交付金に係る消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額が確定した場合（仕入控除税額が0円の場合を含む。）には、消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書（様式7）により速やかに、遅くとも補助事業完了日の属する年度の翌々年度4月30日までに知事に報告しなければならない。
- なお、補助金に係る仕入控除税額があることが確定した場合には、当該仕入控除税額を県に返還しなければならない。
- ⑨ 補助事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出について証拠書類を整理し、かつ、当該帳簿及び証拠書類を補助金の額の確定の日（事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、その承認を受けた日）の属する年度の終了後5年間保管しておかななければならない。ただし、補助事業により取得し、又は効用の増加した価格が単価30万円以上の機械、器具及びその他の財産がある場合は、前記の期間の経過後、当該財産の処分が完了する日、又は補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律施行令第14条第1項第2号の規定により厚生労働大臣が別に定める期間を経過する日のいずれか遅い日まで保管しなければならない。

#### （補助金の交付）

第10条 補助金の交付方法は、原則として全額概算払とする。ただし、第7条第2項に定める精算額での申請があった場合は、精算払によることができるものとする。

#### （実績報告）

第11条 第8条第1項により補助金交付の決定を受けた者は、補助事業が完了した日（補助事業を中止し、又は廃止したときを含む。）から起算して30日を経過した日又は当該年度の3月31日のいずれか早い日までに、県が別に定める実績報告書を知事に提出するものとする。

2 前条の規定により概算払を受けた者は、前項に定める実績報告書に概算払精算書（茨城県財務規則様式第102号）を添付し、精算しなければならない。

#### （補助金額の確定）

第12条 知事は、第11条の規定による事業実績報告があったときは、当該報告書の審査及び必要に応じて現地調査等を行い、補助事業の成果が補助金の交付決定の内容及び条件に適合すると認めるときは、交付すべき補助金額を決定し、補助事業者に通知するものとする。

#### 附則

この要項は、令和2年7月29日から施行し、令和2年4月1日から適用する。

様式1

申請日（自動表示）

知事名（自動表示） 殿

医療機関コード、10桁を入力すると、自動表示されます。

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（申請額 自動表示）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

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

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)	提出用ファイル 出力
-----	--	------------

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	医療機関コード、10桁を入力すると、自動表示されます。	
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	市区町村以降
施設類型(プルダウンから選択)	許可病床数 <sup>※</sup> (病院のみ記載)	a_補助上限額(基準額) (円)	0

※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

施設類型及び許可病床数に間違いがない	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

国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない (助産所コードを有さない助産所は、「いいえ」を選択してください)	債権譲渡されていない場合は、「はい」を選択して下さい。債権譲渡されている場合は、国保連に登録されている口座への補助金の振込ができませんので、債権譲渡されていない口座の情報を提出していただく必要があります。
--	--

※なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみに用い、その他の目的で使用されることはありません。

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」の支援金の申請を しておらず、申請する予定もない	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(実績報告の際に領収書等の証拠書類が必要となります)。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)
支出	賃金・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_合計支出予定額(総事業費)	0	
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_合計支出予定額-収入予定額(円)(b-c)			0
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)			0

上記、「賃金・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、本事業の対象外ですので、ご確認ください。

対象期間に支出が予定されている各科目の費用について、概算でご記載ください。  
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。

**【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 <sup>*</sup> (病院のみ記載)		補助上限額 (基準額) (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。

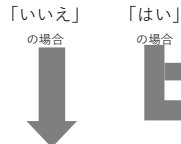
**口座情報**

以下の質問について、「はい」もしくは「いいえ」どちらかに○してください。

国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない。  
(助産所コードを有さない助産所は、「いいえ」を選択してください)

はい いいえ

債権譲渡されていない場合は、「はい」を選択して下さい。債権譲渡されている場合は、国保連に登録されている口座への補助金の振込ができませんので、債権譲渡されていない口座の情報を提出していただく必要があります。



国保連合会による当該口座の債権譲渡の有無に関する確認結果が都道府県に共有されることに同意する	はい	いいえ	国保連が保有している情報を用いて債権譲渡の有無に関して確認を行います。補助金交付過程において、その確認結果を都道府県に共有する必要があります。
国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込に使用することに同意する	はい	いいえ	同意いただける場合は、「はい」を選択して下さい。

債権譲渡されていない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)

**【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 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時は、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）
支出	賃金・報酬		
	謝金		
	会議費		
	旅費		
	需用費		
	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）		
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、「賃金・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、ご確認ください。

対象期間に支出が予定されている各科目の費用について、概算でご記載ください。

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。

令和 年 月 日

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(精算額での申請用)

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）に関する事業実績報告書



**【表面】 事業実績報告書\_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 <sup>*</sup> (病院のみ記載)		補助上限額 (基準額) (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。

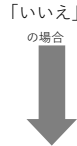
**口座情報**

以下の質問について、「はい」もしくは「いいえ」どちらかに○してください。

国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない。  
(助産所コードを有さない助産所は、「いいえ」を選択してください)

はい いいえ

債権譲渡されていない場合は、「はい」を選択して下さい。債権譲渡されている場合は、国保連に登録されている口座への補助金の振込ができませんので、債権譲渡されていない口座の情報を提出していただく必要があります。



国保連合会による当該口座の債権譲渡の有無に関する確認結果が都道府県に共有されることに同意する	はい	いいえ	国保連が保有している情報を用いて債権譲渡の有無に関して確認を行います。補助金交付過程において、その確認結果を都道府県に共有する必要があります。
国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込に使用することに同意する	はい	いいえ	同意いただける場合は、「はい」を選択して下さい。

債権譲渡されていない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)

**【裏面】 事業実績報告書\_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、支出した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。

科目		支出済額 (円)	収入額 (円)
支出	賃金・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_合計支出済額（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_合計支出済額-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))			

上記、「賃金・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。

対象期間に支出した各科目の費用をご記載ください。  
 各医療機関等からの申請は1回限りです。2回目の申請はできませんのでご注意ください。

(様式 5)

薬 第 号  
令和 年 月 日

(郵便番号・住所)  
(申請者)

殿

茨城県知事 印

令和 2 年度茨城県医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業補助金  
交付決定通知書

令和 年 月 日付けで申請のあった令和 2 年度茨城県医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業補助金については、茨城県補助金等交付規則（昭和 36 年茨城県規則第 67 号）第 5 条の規定により下記のとおり交付することに決定したので、同規則第 7 条の規定により通知します。

記

- 1 補助金の交付対象となる事業は令和 2 年度茨城県医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業（薬局）交付要項（以下「交付要項」という。）第 3 条に定める事業であり、その内容は令和 年 月 日付け補助金交付申請書の記載のとおりとする。
- 2 事業に要する補助金の額は、次のとおりである。ただし、事業の内容が変更された場合において、事業に要する経費又は補助金の額が変更されるときは、別に通知するものとする。  
補助金の額 金 円
- 3 この補助金の交付の決定にあたっては、交付要項第 9 条に定める条件を付するものとする。
- 4 事業に係る事業実績報告は、交付要項第 11 条に定めるところにより行わなければならない。
- 5 この補助金の額の確定は、交付要項第 12 条に定めるところにより行うものとする。

(様式 6)

薬 第 号  
令和 年 月 日

(郵便番号・住所)  
(申請者)

殿

茨城県知事 印

令和 2 年度茨城県医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業補助金  
交付決定通知及び額の確定通知書

令和 年 月 日付で申請のあった令和 2 年度茨城県医療機関・薬局等における感  
染拡大防止等支援事業補助金については、茨城県補助金等交付規則（昭和 36 年茨城県規則  
第 67 号）第 5 条の規定により下記のとおり交付することに決定し、併せて同規則第 14 条  
の規定によりその額を確定したので、同規則第 7 条及び第 14 条の規定により通知します。

記

- 1 補助金の交付対象となる事業は令和 2 年度茨城県医療機関・薬局等における感染拡大  
防止等支援事業（薬局）交付要項（以下「交付要項」という。）第 3 条に定める事業であり、  
その内容は令和 年 月 日付け補助金交付申請書の記載のとおりとする。
- 2 補助金交付決定及び確定額 金 円
- 3 この補助金の交付の決定にあたっては、交付要項第 9 条に定める条件を付するものと  
する。

(様式 7)

令和 年 月 日

茨城県知事 殿

補助事業者

住 所

氏 名

印

令和 2 年度消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

令和 年 月 日薬第 号により交付決定があった令和 2 年度茨城県医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業補助金について、同補助金交付要項第 9 条第 8 号の規定に基づき、次のとおり報告します。

- 1 茨城県補助金等交付規則（昭和 36 年茨城県規則第 67 号）第 14 条の規定による確定額又は事業実績報告による精算額

金 円

- 2 消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額（要補助金返還相当額）

金 円

- 3 添付書類

記載内容を確認するための書類（確定申告書の写し、課税売上割合等が把握できる資料、特定収入の割合を確認できる資料）を添付する。