

「医療機関・薬局等における
感染拡大防止等支援事業」

事業実績報告マニュアル

～医療機関等用～

茨城県

〔厚生労働省 Ver 1.0 2020.09.28／茨城県修正版 20201126〕

目次

1. 事業実績報告とは	・・・ 3
(1) 事業実績報告書等の提出期限・提出方法等	・・・ 3
2. 事業実績報告書等の作成	・・・ 3
(1) 事業実績報告書等の様式の入手	・・・ 3
(2) 事業実績報告書等の様式の実作成	・・・ 4
1) 作成が必要な様式	・・・ 4
2) 「様式 9 所要額精算書」の入力	・・・ 4
3) 「様式 8 事業実績報告書」の確認、入力	・・・ 7
3) -① 「様式 8 事業実績報告書」の確認	・・・ 7
3) -② 「様式 8 事業実績報告書」の入力	・・・ 7
4) 「様式 10 領収書等貼付用紙」の確認、入力 及び領収書等（写し）の貼付	・・・ 8
4) -① 「様式 10 領収書等貼付用紙」の確認	・・・ 8
4) -② 「様式 10 領収書等貼付用紙」の入力	・・・ 8
4) -③ 領収書等（写し）の貼付	・・・ 9
5) 「様式 11 収入内訳書」の確認、入力 及び関係書類（写し）の貼付	・・・ 10
5) -① 「様式 11 収入内訳書」の確認	・・・ 10
5) -② 「様式 11 収入内訳書」の入力	・・・ 10
5) -③ 関係書類（写し）の貼付	・・・ 10
6) 「概算払精算書（様式第 102 号）」の実作成	・・・ 11
3. 事業実績報告書等の提出	・・・ 12
4. 補助金の返還について	・・・ 12

1. 事業実績報告とは

概算額で補助金を申請し、補助金の交付を受けた場合、提出期限までに、茨城県に対して所定の様式を用い、事業実績報告を行っていただく必要があります。

※精算交付申請により補助金の交付を受けた方は、提出の必要はありません。

(1) 事業実績報告書等の提出期限・提出方法等

【提出期限】

- 支出実績が補助金額を超えた場合は速やかに提出してください。
- 令和3年3月31日までに提出してください。

【提出先及び提出方法】

封筒の表面に「緊急包括支援交付金 感染拡大防止等支援事業 事業実績報告書等在中」と朱書きの上、郵送でご提出ください。

○住所：茨城県水戸市笠原町978-6（〒310-8555）

○宛名

〔病院、診療所（医科・歯科）、助産所の場合〕 茨城県保健福祉部 厚生総務課 宛て

〔薬局の場合〕 茨城県保健福祉部医療局 薬務課 宛て

〔訪問看護ステーションの場合〕 茨城県保健福祉部 長寿福祉推進課 宛て

【提出書類】

- ①事業実績報告書（様式8）
- ②所要額精算書（様式9）
- ③領収書等貼付用紙（様式10-1 ～ 10-9）
※納品書(写)や領収書(写)など、支出内容とその金額が証明できる資料を添付してください。
- ④収入内訳書（様式11）
※必要に応じて添付してください。
- ⑤概算払精算書（様式第102号）

2. 事業実績報告書等の作成

(1) 事業実績報告書等の様式の入手

- エクセルファイルの事業実績報告書等の様式は、以下の茨城県ホームページからダウンロードしてください。

<https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/koso/iji/koso/toukei/documents/documents/koronanonanka.html>

(2) 事業実績報告書等の様式の作成

1) 作成が必要な様式

次の①～⑤の書類の作成が必要になります。

- ①「様式 8 事業実績報告書」
- ②「様式 9 所要額精算書」
- ③「様式 10-1 領収書等貼付用紙」～「様式 10-9 領収書等貼付用紙」
- ④「様式 11 収入内訳書」
- ⑤「概算払精算書（様式第 102 号）」

2) 「様式 9 所要額精算書」の入力

パソコンで作成する場合の説明となります。パソコンの場合は自動で転記される項目について、手書きの場合は自動で転記されませんのでご注意願います。

②「様式 9 所要額精算書」シート内の水色のセルが各医療機関等にいただく「必須項目」です。「必須項目」に入力漏れがあると、適切な実績報告を行ったことにならず、再提出等が必要になる場合がありますので、漏れなく入力するようお願いいたします。

②「様式 9 所要額精算書」シートの「必須項目」を入力いただくと、①「様式 8 事業実績報告書」の交付決定通知書の日付及び文書番号以外の項目と③「様式 10-1 【賃金・報酬】領収書等貼付用紙」～「様式 10-9 【備品購入費】領収書等貼付用紙」の「医療機関等コード」「施設名称」及び各科目の「支出済額」が自動的に転記されます。

※ 手書きの場合は、自動で転記されません。

【必須項目】

- ① 報告日
- ② 医療機関等コード
- ③ 施設名称
- ④ 管理者職名
- ⑤ 管理者氏名
- ⑥ 連絡先
- ⑦ 所在地
- ⑧ 他の補助事業に関する確認
- ⑨ 支出済額
- ⑩ 収入額
- ⑪ 補助金交付決定額
- ⑫ 補助金交付確定額（自動転記）
- ⑬ 返還額（自動転記）
- ⑭ 支出に関する確認

様式 9
所要額精算書 医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

① 報告日 令和 2 年 12 月 10 日

② 医療機関等コード 0 8 1 4 5 6 7 8 9 0

④ 管理者職名 病院長

⑤ 管理者氏名 ○○○○

⑥ 連絡先 ○○○○

⑦ 所在地 ○○市○○

⑧ 「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

科目	支出済額 (円)	収入額 (円)
賃金・報酬	2,000,000	
税金	400,000	
会議費	500,000	
旅費	135,500	
雑費	4,500,000	
燃料費	1,500,000	
賃借料	1,500,000	
使用料及び賃借料	3,000,000	
備品購入費	4,000,000	
② 実働合計額	17,535,500	
収入		0
④ 実働合計額・収入額 (円) (注-3)		17,535,500
⑤ 補助金交付決定額 (円) (注-4)		17,000,000
⑥ 補助金交付確定額 (円) (注-5)		17,000,000
⑦ 返還額 (円) (注-6)		0

⑨ 支出

⑩ 収入

⑪ 補助金交付決定額

⑫ 補助金交付確定額

⑬ 返還額

⑭ 支出に関する確認

【① 報告日】

記入を完了して、実績報告書等を提出する日を入力してください。

※令和3年3月31日までの日付を記載願います。

ここで入力した日付が、「様式8 事業実績報告書」の報告日に自動転記されます*ので、ご注意ください。

※ 手書きの場合は、自動で転記されません。

報告日	令和2年12月10日
-----	------------

【② 医療機関等コード】

都道府県番号2桁、点数表番号1桁、郡市区番号2桁、医療機関等番号4桁、検証番号1桁の算用数字を組み合わせた計10桁の医療機関等コードを入力してください。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。

なお、申請時と医療機関等コードが変わっている場合は、申請時の医療機関等コードを入力して下さい。

医療機関等 コード (10桁)	0	8	1	4	5	6	7	8	9	0
	都道府県 番号		点数表 番号	郡市区 番号		医療機関等 番号				検証 番号

※都道府県番号 茨城県：08

※点数表番号 医科：1，歯科：3，調剤：4，訪問看護：6，助産所：0

【③ 施設名称】

施設名称を入力してください。

施設名称	医療法人社団〇〇〇 △△△病院
------	-----------------

【④ 管理者職名】・【⑤ 管理者氏名】

管理者の職名及び氏名を入力してください。ここで入力された管理者の情報が「様式8 事業実績報告書」の代表者として自動転記されます*ので、ご注意ください。

※ 手書きの場合は、自動で転記されません。

管理者職名	病院長	管理者氏名	〇〇〇〇
-------	-----	-------	------

【⑥ 連絡先】

報告内容に疑義や不備等があった場合に、確認させていただく際の連絡先をご入力ください。

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
	〇〇部	〇〇〇〇	03-XXXX-XXXX	〇〇〇〇@〇〇.〇〇

【⑦ 所在地】

実績報告を行う医療機関等の所在地を入力してください。

所在地	郵便番号							都道府県	市区町村以降
	1	2	3	-	4	5	6	7	茨城県

【⑧ 他の補助事業に関する確認】

「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」の支援金と重複して、本事業の補助金を受けることはできません。

「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」の支援金の申請をしておらず、申請する予定もない	はい
--	----

【⑨ 支出済額】 / 【⑩ 収入額】 / 【⑪ 補助金交付決定額】 / 【⑫ 補助金交付確定額】 / 【⑬ 返還額】

対象期間（令和2年4月1日から令和3年3月31日）に、支出した各対象科目の費用の額を、ご入力ください。

科目		支出済額 (円)
支出	賃金・報酬	2,000,000
	謝金	400,000
	会議費	500,000
	旅費	135,500
	需用費	4,500,000
	役務費	1,500,000
	委託料	1,500,000
	使用料及び賃借料	3,000,000
	備品購入費	4,000,000
	② 支出合計額	
収入	③ 上記支出に対する主補助金以外の寄付金・その他の収入	0
④ 支出合計額-収入額 (円) (②-③)		17,535,500
⑤ 補助金交付決定額 (円) (1000円未満切捨)		17,000,000
⑥ 補助金交付確定額 (円) (④と⑤のいずれか小さい額) (1000円未満切捨)		17,000,000
⑦ 返還額 (円) (差引金額 ⑤-⑥) (1000円未満切捨)		0

【⑨ 支出済額】
対象期間に支出した各対象科目の費用について、ご記載ください。対象となる支出について、報告漏れのないようご注意ください。

支出合計額が補助交付申請額を超えても差し支えありません。(都道府県の審査において、一部補助対象と認められなかった場合なども考慮してください)

【⑩ 収入額】
上記の費用に対して、本補助金以外の寄付金やその他の収入がある場合はその金額を、ない場合は「0」円をご入力下さい。

【⑫ 補助金交付確定額】
自動計算※されます。

【⑪ 補助金交付決定額】
必ず交付決定通知書に記載のある額と同じ額を入力して下さい。交付決定通知書と異なる額を入力された場合、再提出等が必要になる場合があります。

【⑬ 返還額】
自動計算※されます。「0」でない場合は、補助金の返還が必要となります。対象となる支出について、報告漏れのないようご注意ください。

※ 手書きの場合は、自動で計算されませんので、計算結果をご記載ください。

各対象科目に該当する費用については、例えば、以下のようなものが考えられますが、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。

- ・賃金・報酬；感染防止対策を実施する者を新規に雇用した際の賃金 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
- ・役務費；職員の感染に係る保険料 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；HEPA フィルター付き空気清浄機の購入費 等

【⑭ 支出に関する確認】

⑨ 支出済額の「賃金・報酬」に、本事業の対象とはならない「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」が含まれていないことの確認です。

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
--	----

3) 「様式8 事業実績報告書」の確認、入力

3)-① 「様式8 事業実績報告書」の確認

「様式9 所要額精算書」のシートの「必須項目」に入力いただくと、「様式8 事業実績報告書」の以下の項目が自動で転記されます※ので、内容に間違いがないか確認してください。

※ 手書きの場合は、自動で転記されませんので、「様式9 所要額精算書」と同じ内容をご記載ください。

【確認項目】

- ・ 報告日
- ・ 宛名（茨城県知事）
- ・ 所在地/施設名/代表者名
- ・ 返還額

3)-② 「様式8 事業実績報告書」の入力

交付決定通知書の日付及び文書番号を確認し、事業実績報告書に入力（記入）してください。

4) 「様式 10 領収書等貼付用紙」の確認、入力及び領収書等（写し）の貼付

4)-① 「様式 10 領収書等貼付用紙」の確認

対象科目ごとに領収書等（写し）を貼付するシート（「様式 10-1 【賃金・報酬】領収書等貼付用紙」～「様式 10-9 【備品購入費】領収書等貼付用紙」）があります。「様式 9 所要額精算書」のシートの「必須項目」に入力いただくと、「様式 10-1 【賃金・報酬】領収書等貼付用紙」～「様式 10-9 【備品購入費】領収書等貼付用紙」の「医療機関等コード」「施設名称」及び各科目の「支出済額」が自動で転記されます※ので、内容に間違いがないか確認してください。

※ 手書きの場合は、自動で転記されませんので、「様式 9 所要額精算書」と同じ内容を直接ご記載ください。

様式 10-1												
【賃金・報酬】領収書等貼付用紙 医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業												
医療機関等コード (10桁)	0	8	1	4	5	6	7	8	9	0	施設名称	医療法人社団〇〇〇 △△△病院
賃金・報酬の支出済額 (円) (所要額精算書からの転記)	2,000,000		領収書等の合計額		入力された領収書等の合計額が所要額精算書と異なります。							
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4月1日から令和3年3月31日）に、支出した賃金・報酬の額がわかる書類（領収書等）の写しを貼付して下さい。												

4)-② 「様式 10 領収書等貼付用紙」の入力

「領収書等の合計額」の欄に、対象科目の領収書等の合計額をご入力ください。入力された合計額が「様式 9 所要額精算書」の同科目の支出済額と異なる場合は、赤字で「入力された領収書等の合計額が所要額精算書と異なります。」と注意書きが表示されます※ので、支出額を確認し「様式 9 所要額精算書」の支出済額と「様式 10 領収書等貼付用紙」の領収書等の合計額のいずれかもしくは両方を修正してください。

※ 手書きの場合は、注意書きが表示されませんので、ご自身で額が一致しているかご確認ください。

様式 10-1												
【賃金・報酬】領収書等貼付用紙 医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業												
医療機関等コード (10桁)	0	8	1	4	5	6	7	8	9	0	施設名称	医療法人社団〇〇〇 △△△病院
賃金・報酬の支出済額 (円) (所要額精算書からの転記)	2,000,000		一致していない場合は、支出額をご確認ください。		2,500,000		入力された領収書等の合計額が所要額精算書と異なります。					
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4月1日から令和3年3月31日）に、支出した賃金・報酬の額がわかる書類（領収書等）の写しを貼付して下さい。												

支出額を確認のうえ、いずれかもしくは両方を修正してください。

(様式 9 所要額精算書 事業実施実績記載欄)

科目	支出済額 (円)	収入額 (円)
賃金・報酬	2,000,000	
謝金	400,000	
会費	500,000	
旅費	135,500	
需用費	4,500,000	
役員費	1,500,000	
委託料	1,500,000	
使用料及び賃借料	3,000,000	
備品購入費	4,000,000	
② 支出合計額	17,535,500	
収入		0
③ 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
④ 支出合計額-収入額 (円) (②-③)		17,535,500
⑤ 補助金交付決定額 (円)		17,000,000
⑥ 補助金交付確定額 (円) (⑤を④のいずれか小さい額) (1000円未満切捨)		17,000,000
⑦ ⑤-⑥ (1000円未満切捨)		0

交付決定通知書を確認し、ご記載下さい。

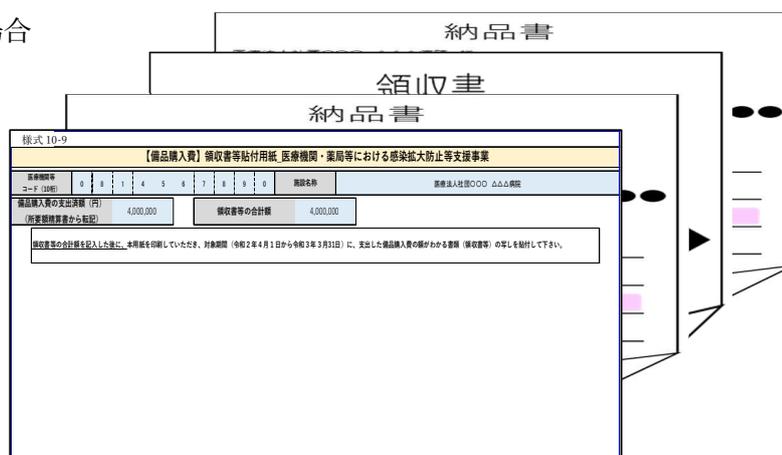
4)-③ 領収書等（写し）の貼付

「様式 10-1 【賃金・報酬】領収書等貼付用紙」～「様式 10-9 【備品購入費】領収書等貼付用紙」の「領収書等の合計額」と「様式 9 所要額精算書」の同科目の支出済額が一致することを確認したら、「様式 10-1 【賃金・報酬】領収書等貼付用紙」～「様式 10-9 【備品購入費】領収書等貼付用紙」を印刷し、各科目の領収書（写し）を貼付してください。

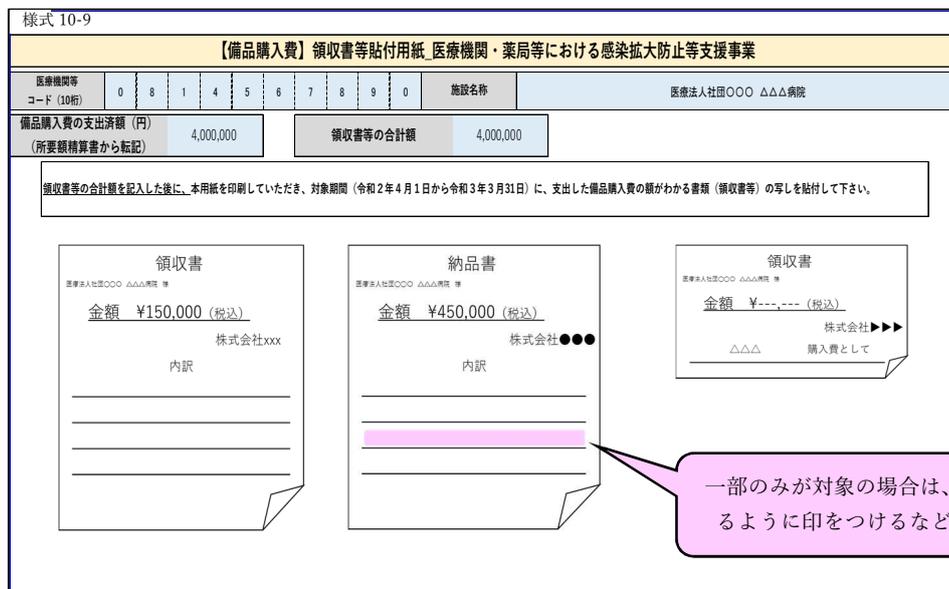
※添付する領収書、納品書等はコピーで結構です。

提出のイメージ

※領収書等が多い場合



※領収書等が少ない場合



5) 「様式 11 収入内訳書」の確認、入力及び関係書類（写し）の貼付

5)-① 「様式 11 収入内訳書」の確認

「様式 9 所要額精算書」のシートの「必須項目」に入力いただくと、「様式 11 収入内訳書」の「医療機関等コード」「施設名称」及び各科目の「本補助金以外の寄付金・その他収入」が自動で転記されます*ので、内容に間違いがないか確認してください。

※ 手書きの場合は、自動で転記されませんので、「様式 9 所要額精算書」と同じ内容を直接ご記載ください。

5)-② 「様式 11 収入内訳書」の入力

「関係書類における収入の合計額」の欄に、本補助金以外の寄付金・その他の収入にかかる関係書類の合計額をご入力ください。入力された合計額が「様式 9 所要額精算書」の収入額と異なる場合は、赤字で「入力された関係書類における収入の合計額が所要額精算書と異なります。」と注意書きが表示されます*ので、収入額を確認し「様式 9 所要額精算書」の収入額と「様式 11 収入内訳書」の関係書類における収入の合計額のいずれかもしくは両方を修正してください。

※ 手書きの場合は、注意書きが表示されませんので、ご自身で額が一致しているかご確認ください。

様式 11												
収入内訳書 医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業												
医療機関等 コード (10桁)	0	8	1	4	5	6	7	8	9	0	施設名称	医療法人社団〇〇〇 △△△病院
本補助金以外の寄付金・ その他の収入 (円) (所要額精算書からの転記)	0											
関係書類における収入の合計額												
<small>本事業対象経費に対して本補助金以外の寄付金・その他の収入がある場合は、その内容と金額が判る関係書類の写しを貼付してください。</small>												

様式 11												
収入内訳書 医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業												
医療機関等 コード (10桁)	0	8	1	4	5	6	7	8	9	0	施設名称	医療法人社団〇〇〇 △△△病院
本補助金以外の寄付金・ その他の収入 (円) (所要額精算書からの転記)	0											
関係書類における収入の合計額										1,000,000		
<small>入力された関係書類における収入の合計額が所要額精算書と異なります。</small>												
<small>本事業対象経費に対して本補助金以外の寄付金・その他の収入がある場合は、その内容と金額が判る関係書類の写しを貼付してください。</small>												

5)-③ 関係書類（写し）の貼付

「様式 11 収入内訳書」の「関係書類における収入の合計額」と「様式 9 所要額精算書」の収入額が一致することを確認したら、「様式 11 収入内訳書」を印刷し、本補助金以外の寄付金・その他の収入にかかる関係書類（写し）を貼付してください。

6) 「概算払精算書（様式第 102 号）」の作成

①「施設名」：記入願います。

様式 8 の「施設名」と一致するようご注意願います。

②「代表者名」：署名願います。（署名が難しい場合は、記名・押印も可）

様式 8 の「代表者名」と一致するようご注意願います。

③「概算額」：様式 9 の「⑤補助金交付決定額」と一致するようご注意願います。

④「精算額」：様式 9 の「⑥補助金交付確定額」と一致するようご注意願います。

⑤「差引金額」：「③概算額」－「④精算額」の金額を記載願います。

様式 9 の「返還額」と一致するようご注意願います。

（例 1）「概算額 17,000,000 円」, 「精算額 17,000,000 円」の場合 → 「差引金額 0 円」

（例 2）「概算額 1,000,000 円」, 「精算額 950,000 円」の場合 → 「差引金額 50,000 円」

※差引金額は、後日、県に返還していただきます。

⑥日にち：記入を完了して実績報告書等を提出する日を入力してください。

※令和 3 年 3 月 3 1 日までの日付を記載願います。

様式第102号

概 算 払 精 算 書

伝票番号
茨城県知事 殿
(扱)

③ 交付決定額を記入して下さい。

④ 支出合計額-収入額と、交付決定額を比べて小さい額を記載(千円未満切り捨て)して下さい。

1 施設名
医療法人社団〇〇会 〇〇病院

2 代表者名
院長 〇〇 〇〇
※署名願います。
(署名が難しい場合は、記名・押印も可)

概算額	3 ￥ 1 7 0 0 0 0 0 0 0 円																	
精算額	千	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	0	0	0	0	0	0	円
※千円未満切り捨てで記載する																		
差引金額	千	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	5	0	0	0	0	0	円
※⑤ = ③ - ④ の金額を記載する																		

上記のとおり証拠書類を添えて精算します。

6 令和 年 月 日

令和3年3月31日までに精算して下さい。

3. 事業実績報告書等の提出

事業実績報告書等の作成が完了したら、封筒の表面に「緊急包括支援交付金 感染拡大防止等支援事業 事業実績報告書等在中」と朱書きの上ご提出ください。

【提出期限】

- 支出実績が補助金額を超えた場合は速やかに提出してください。
- 令和3年3月31日までに提出してください。

【送付先】

住所：水戸市笠原町978-6（〒310-8555）

宛名

〔病院、診療所（医科・歯科）、助産所の場合〕

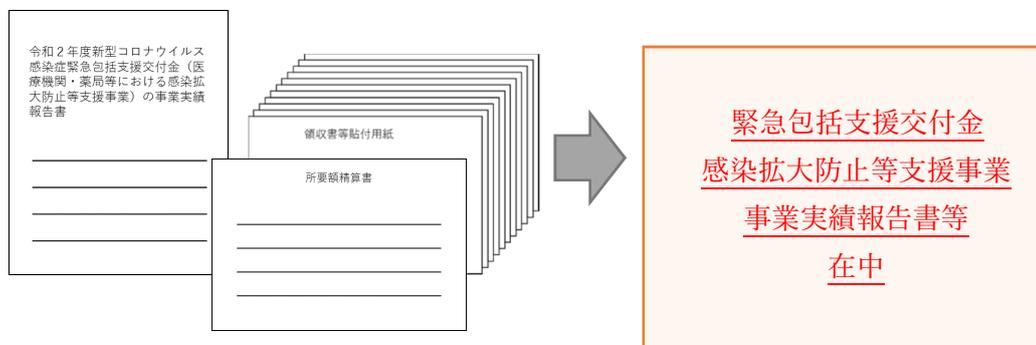
茨城県保健福祉部 厚生総務課 宛て

〔薬局の場合〕

茨城県保健福祉部医療局 薬務課 宛て

〔訪問看護ステーションの場合〕

茨城県保健福祉部 長寿福祉推進課 宛て



4. 補助金の返還について

支出済額が、交付された補助金額に満たない場合は、差引金額を県に返還する必要があります。

補助金の返還が必要な場合は、納入通知書を送付いたしますので、納入通知書に記載された納期限までに納入願います。