

第3号様式

必要に応じ文書番号を記載してください。



医第〇〇-〇号

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

電子媒体記載例

補助事業者名 〇〇病院

代表者氏名 〇〇△△

代表者印を押印してください。



印

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

標記について、

交付申請書別紙より自動転記されますので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。

助金の交付申請書
申請する。

- 1 国庫補助申請額 金 〇〇〇〇 円
- 2 交付申請書 (別紙)
- 3 添付書類

(別紙)

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補助金の交付申請書

黄色セル部分に記載をお願いいたします

I. 基本情報

1. 申請年月日	令和	2	年	10	月	20	日
2. 医療機関の名称、代表者名	名称	〇〇病院				代表者名	〇〇△△
3. 医療機関番号	1234567890						
4. 医療機関の住所	〒100-0001 東京都千代田区〇〇町〇番〇号						
5. 医療機関の電話番号	03-●●●●-××××						
6. 担当者の所属及び氏名	所属	〇〇部			氏名	厚労 太郎	
7. 担当者のEメールアドレス	kourou@〇〇.jp						
8. 医療機関の許可病床数	250	床	9. 新型コロナ入院患者受入割当医療機関であるか	〇			

I. 9について

新型コロナウイルス感染症入院患者受入割当医療機関（重点医療機関、協力医療機関その他の都道府県が新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の入院受入れを割り当てた医療機関）の場合はプルダウンから「〇」を選択してください。

II. 補助金の振込先

金融機関名	〇〇銀行	支店名	△△支店
金融機関コード	〇〇〇〇	支店コード	001
口座名義	〇〇病院	フリガナ	マルマルビヨウイン
口座種別	普通	口座番号	0000001

補助上限額 (a)	22,000,000 円
-----------	--------------

III. 事業開始日、事業終了日について

本補助金に申請する事業の開始日、完了日を記載してください。なお、事業期間は令和2年9月15日～令和3年3月31日までが対象となります。

III. 申請内容 ※本事業により支出する内容・金額（見込含む）を下記の支出科目ごと記載して下さい。

事業開始日	令和	2	年	9	月	15	日	事業終了日	令和	3	年	3	月	31	日
申請時に支払が完了している								はい							

科目	内容（※30字程度で記入ください）	金額（円）
賃金・報酬	院内感染対策を実施するために新規に雇用した臨時職員の給与	3,000,000
謝金		
会議費		
旅費	院内感染防止に関する研修派遣旅費	3,000,000
需用費	職員用マスク、消毒液購入費	3,000,000
役務費		
委託料	清掃委託料	10,000,000
使用料及び賃借料		
備品購入費	空気清浄機等	5,000,000
合計 (b)		24,000,000
上記支出に対する本補助金以外の寄付金やその他の収入があれば、収入額を記載して下さい (c)		0

本補助金の交付申請は原則として1回限りとなります。補助の対象となる経費の計上漏れ等ないようご注意ください。

III. 事業完了の有無について
申請時に支払が完了している場合はプルダウンから「はい」を、支払が完了していない場合は「いいえ」を選択してください。

III. 科目、内容、金額について
各科目ごとに例示してあるようにどういった目的、内容の支出を行うのかがわかるように簡潔に記載してください。また、当該科目の支出（予定）金額を記載してください。

III. 寄付金、その他収入等について
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を用いる場合はその金額を、用いない場合は「0円」と記載してください。なお、支出（予定）金額 (b) から記載した金額を差し引いた金額が補助対象経費となります。

IV. 確認事項 ※以下は、補助の対象となりませんので、申請内容に含まれていないか確認して下さい。

申請内容に、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
申請内容に、令和2年度第二次補正予算の「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」の支援金支給事業など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

補助申請額 (a) と (b - c) のいずれか少ない額(1000円未満切り捨て)	22,000,000 円
--	--------------

(注) 「発熱や咳等の症状を有している新型コロナウイルス感染症疑い患者を診療する医療機関」として都道府県に登録されたことを証する書類（都道府県の登録通知書等）を添付してください。

IV. 確認事項について
プルダウンから選択ください。なお「いいえ」の場合申請内容不適切となりますので申請内容を再度確認してください。

(注) について

管轄の都道府県より通知等証明書類を入手してください。

請 求 書

金 〇〇〇〇 円

【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】についてを下記のとおり請求します。

なお、上記金額は次の口座へお振り込み下さい。

金融機関・支店名	〇〇銀行 △△支店
預貯金種別	交付申請書別紙より自動転記されます (記載する場所はありません)ので転記 内容をご確認のうえ、代表者印を押印し てください。
口座番号	
(ふりがな)	
口座名	
郵便番号・住所	〒100-0001 東京都千代田区〇〇町〇番〇号

令和 年 月 日

団体名
代表者名

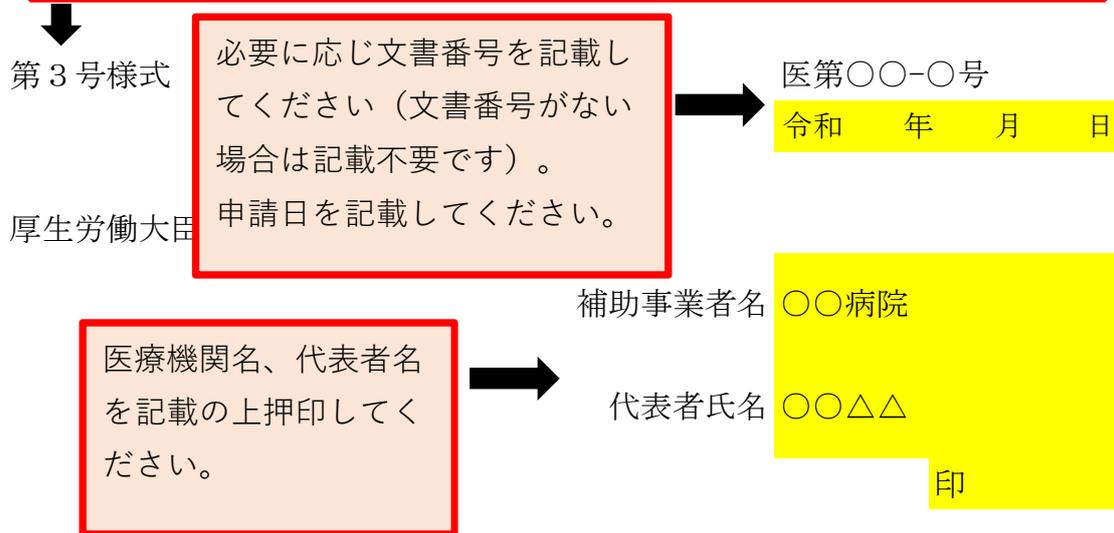
〇〇病院
〇〇△△
印

官 署 支 出 官
厚生労働省大臣官房会計課長 殿

紙媒体記載例

黄色部分に記載をお願いいたします

申請時に支払が完了していない場合は『第3号様式』、
支払いが完了している場合は『第5号様式』を使用してください。
(記載例として第3号様式と記載してあります)



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補助金の交付申請書

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申請する。

- 1 国庫補助申請額
- 2 交付申請書(別紙)
- 3 添付書類

金 〇〇〇〇 円

別紙記載の補助申請額と同額を記載してください。

(別紙)

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補助金の交付申請書

黄色部分に記載をお願いいたします

I. 基本情報

1. 申請年月日	令和	2	年	10	月	20	日
2. 医療機関の名称、代表者名	名称	〇〇病院				代表者名	〇〇△△
3. 医療機関番号	1234567890						
4. 医療機関の住所	〒100-0001 東京都千代田区〇〇町〇番〇号						
5. 医療機関の電話番号	03-●●●●-××××						
6. 担当者の所属及び氏名	所属	〇〇部				氏名	厚労 太郎
7. 担当者のEメールアドレス	kourou@〇〇.jp						
8. 医療機関の許可病床数	250	床	9. 新型コロナ入院患者受入割当医療機関であるか	〇			

I. 9について

新型コロナウイルス感染症入院患者受入割当医療機関（重点医療機関、協力医療機関その他の都道府県が新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の入院受入れを割り当てた医療機関）の場合は「〇」を記載してください。

II. 補助金の振込先

金融機関名	〇〇銀行	支店名	△△支店
金融機関コード	〇〇〇〇	支店コード	001
口座名義	〇〇病院	フリガナ	マルマルビヨウイン
口座種別	普通	口座番号	0000001

III. 事業開始日、事業終了日について

本補助金に申請する事業の開始日、完了日を記載してください。なお、事業期間は令和2年9月15日～令和3年3月31日までが対象となります。

補助上限額 (a)	22,000,000	円
★補助上限額 1. 許可病床数200床未満の場合 10,000千円 2. 許可病床数200床以上の場合 12,000千円(200床ごとに2,000千円を追加) ※新型コロナウイルス感染症入院患者受入割当医療機関は10,000千円追加		

III. 申請内容 ※本事業により支出する内容・金額（見込含む）

事業開始日	令和	2	年	9	月	15	日	事業終了日	令和	3	年	3	月	31	日
申請時に支払が完了している								いいえ							

III. 事業完了の有無について

申請時に支払が完了している場合は「はい」を、支払が完了していない場合は「いいえ」を記載してください。

科目	内容（※30字程度で記入ください）	金額（円）
賃金・報酬	院内感染対策を実施するために新規に雇用した臨時職員の給与	3,000,000
謝金		
会議費		
旅費	院内感染防止に関する研修派遣旅費	3,000,000
需用費	職員用マスク、消毒液購入費	3,000,000
役務費		
委託料	清掃委託料	10,000,000
使用料及び賃借料		
備品購入費	空気清浄機等	5,000,000
合計 (b)		24,000,000
上記支出に対する本補助金以外の寄付金やその他の収入があれば、収入額を記載して下さい (c)		0

III. 科目、内容、金額について

各科目ごとに例示してあるようにどういった目的、内容の支出を行うのかがわかるように簡潔に記載してください。また、当該科目の支出（予定）金額を記載してください。

III. 寄付金、その他収入等について

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を用いる場合はその金額を、用いない場合は「0円」と記載してください。なお、支出（予定）金額 (b) から記載した金額を差し引いた金額が補助対象経費となります。

IV. 確認事項 ※以下は、補助の対象となりませんので、申請内容に含まれていないか確認して下さい。

申請内容に、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
申請内容に、令和2年度第二次補正予算の「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」の支援金支給事業など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

IV. 確認事項について

「はい」、「いいえ」を記載してください。なお「いいえ」の場合申請内容不適切となりますので申請内容を再度確認してください。

補助申請額 (a) と (b - c) のいずれか少ない額(1000円未満切り捨て)	22,000,000	円
--	------------	---

(注) について

管轄の都道府県より通知等証明書類を入手してください。

(注) 「発熱や咳等の症状を有している新型コロナウイルス感染症疑い患者を診療する医療機関」として都道府県に登録されたことを証する書類（都道府県の登録通知書等）を添付してください。

紙媒体記載例

請求書

黄色部分に記載をお願いいたします

金

〇〇〇〇

円



別紙記載の補助申請額と同額を記載してください。

【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】についてを下記のとおり請求します。

なお、上記金額は次の口座へお振り込み下さい。

金融機関・支店名	〇〇銀行 △△支店
預貯金種別	普通
口座番号	0000001
(ふりがな) 口座名	マルマルピヨウイン 〇〇病院
郵便番号・住所	〒100-0001 東京都千代田区〇〇町〇番〇号

別紙「II. 補助金」の振込先記載の口座情報等と齟齬のないように記載してください。

令和 年 月 日

団体名
代表者名

〇〇病院
〇〇△△
印

医療機関名、代表者名を記載の上押印してください。

官 署 支 出 官
厚生労働省大臣官房会計課長 殿