

(税経 53) (地 534) (健Ⅱ 510)

令和 3 年 2 月 24 日

都道府県医師会

担当理事 殿

公益社団法人 日本医師会

常任理事 松 本 吉 郎

(公印省略)

令和 2 年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保
支援補助金に係る「実績報告書（手書き用）」様式等について

令和 2 年度第三次補正予算による「令和 2 年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」については、本年 2 月 5 日付文書（日医発 1096 号（税経 48）（地 506）（健Ⅱ 467））にて貴会にご案内したところです。

今般、厚生労働省より、本補助金について医療機関が概算で交付申請を行った場合に補助対象経費の支出完了後に提出する「実績報告書」に関し、手書き用の様式及び記載例が提供されましたのでご連絡いたします。

本補助金の申請書及び実績報告書の様式は厚生労働省ホームページ（※）よりエクセルシートをダウンロードして利用するようになっており、記載の省力化や不備の防止等の観点からエクセルシートが推奨されるところですが、手書きによる申請、手書きによる実績報告も可能です（手書きによる申請書、エクセルシートによる申請書及び実績報告書の様式等は上記 2 月 5 日付文書に添付しております）。

つきましては、貴会におかれましては、様式をダウンロードすることが困難な会員から相談があった場合は、本通知に添付した実績報告書（手書き用）の様式及び記載例を印刷してご案内いただきますようお願い申し上げます。また、貴会管下の郡市区医師会への周知方につきご高配賜りますようお願い申し上げます。

【添付資料】

- ・実績報告書（手書き用）様式、記載例

※電子入力用の申請書、実績報告書（エクセルファイル）、医療機関向け案内文書、Q&A 等は、厚生労働省の下記サイトに掲載されています。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_16443.html

第4号様式

令和 年 月 日

厚生労働大臣 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感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」
の実績報告書

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報告する。

- | | | | | |
|---|-----------|---|--|---|
| 1 | 国庫補助精算額 | 金 | | 円 |
| 2 | 実績報告書（別紙） | | | |
| 3 | 添付書類 | | | |

別紙

黄色セル部分に記載をお願いいたします

実績報告書(別紙)_令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金

提出日	令和 年 月 日
-----	-------------------------

<令和2年度用>

I. 基本情報

(1)施設概要

助産所コードを有さない助産所は「9999999999」を記載してください

医療機関等 コード(10桁)																施設名称																		
代表者職名											代表者氏名																							
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																		
						-																												
a.交付決定額(円)																									本補助金の交付決定通知に記載された、交付決定額をご記載ください 提出時には、必ず本事業の交付決定通知(写し)を添付してください									

II. 報告内容 本事業により支出した内容・金額を下記の支出科目ごとに記載して下さい。

事業開始日		令和 年 月 日		事業終了日		令和 年 月 日		補助対象期間は、令和2年12月15日～令和3年3月31日」です。	
	科目	内容 (各科目の内容を30字程度で記入ください。支出のない科目には「なし」と記入してください。)						支出額(円)	収入額(円)
支出	賞金・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.合計支出額(総事業費)								
収入	e_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.合計支出額-収入額(円) (b-e)									
補助精算額(円)(a又はdのいずれか少ない額) 【1000円未満切捨】									

IV. 確認事項

報告内容に補助の対象にならない経費が含まれている場合や他補助金の報告内容等に関する都道府県への確認について同意されない場合は補助できませんので、ご確認ください。

「はい」/「いいえ」いずれかに「○」をつけてください。

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	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、本事業の補助対象外です。
上記「支出額」に、令和2年度二次補正予算の「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」や「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」、「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」等、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	いいえ	二次補正予算の「新型コロナ疑い患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業」や「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」等、他の補助金と重複する経費は本事業の補助対象外です。
本事業の申請書、実績報告書等の審査・確認過程で、令和2年度二次補正予算の「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」や「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」の申請書、実績報告書等の内容を、必要に応じて国から都道府県に確認することがあることに同意する。	はい	いいえ	必要に応じて、他の補助金と重複する経費がないか等を確認させていただきます。同意いただけない場合は、本事業の補助を受けることはできません。なお、入手した情報は本事業の審査・確認以外の目的で使用することはいけません。

参考様式

領収書等貼付用紙_令和２年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金									
医療機関等 コード（10桁）								施設名称	
補助精算額 （実績報告書（別紙）からの転記）			領収書等の合計額						
<u>実績報告書（別紙）のⅡ.報告内容に記載した支出額について、領収書（写し）等の証拠書類を添付してください。</u> 対象期間（令和２年12月15日から令和３年３月31日）に、支出した額がわかる書類（領収書等）の写しを貼付して下さい。 領収書等（写し）を本用紙1枚に貼付しきれない場合は、本用紙を複数枚印刷して、領収書（写し）を貼付してください。 A4サイズ以上の領収書等について、本用紙に貼付するのではなく、クリップなどでまとめて添付してください。									

（領収書（写し）は、こちらの線より下に貼付してください。 ※記載されている貼付例や注意事項と重ねて貼付しても差し支えありません。）

貼付例

・領収書の一部が補助対象の場合

領収書

A病院 様

金額 ￥〇〇〇,〇〇〇（税込）

株式会社 × × × ×

内訳

領収書の内、一部のみが対象の場合は、該当箇所が判るように印をつけるなどしてください

・一部補助対象期間以外の費用も含んでいる場合

領収書

A病院 様

金額 ￥一ー,一ー一（税込）

株式会社 ▶▶▶

〇〇リース代

2021年1月～2021年12月分

補助対象期間以外も含んでいる場合は、按分するなどして申請（もしくは実績報告）を行う対象期間と申請額を追記してください。

※領収書（写し）に追記できない場合は、本用紙（貼付した領収書（写し）の近く）に直接追記してください。

月数で按分し、2021年1月から2021年3月分の費用 ￥×××××を交付申請する

・領収書が発行されない場合

納品書

A病院 様

金額 ￥〇〇,〇〇〇（税込）

株式会社 × × × ×

内訳

A病院 様

金額 ￥〇〇,〇〇〇（税込）

株式会社 × × × ×

領収書が発行されない場合は、請求書（写し）と納品書（写し）を合わせて貼付いただいたり、納品書（写し）と合わせて、当該費用に関する部分の通帳の写しを添付する等、納品と支払が確認できる書類を添付してください。

第4号様式

実績報告書 記載例

文書の番号など管理される場合はこちらに入力ください

医第〇〇-〇号

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

所在地	東京都千代田区霞が関〇〇〇
施設名称	〇〇病院
代表者名	院長 〇〇〇

「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」 の実績報告書

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報告する。

1 国庫補助精算額 金 3,789,000 円

2 実績報告書（別紙）

3 添付書類

- ・ 本事業の交付決定通知（写し）
- ・ 領収書等の支出が確認できる書類（領収書等貼付用紙）

黄色セル部分に記載をお願いいたします

実績報告書（別紙） 記載例

＜令和2年度用＞

提出期限は、「事業完了の日から起算して1ヶ月を経過した日または令和3年4月10日のいずれか早い日（当日消印有効）」です。

(1)施設概要

543

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

届出機関等 コード(10桁)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	施設名称	〇〇病院
代表者氏名	院長				代表者氏名				〇〇〇				
連絡先	組織部署 △△				届出者氏名 〇△〇				連絡先電話番号 00-0000-0000				
所在地	郵便番号				都道府県				市区町村以降				
	1	2	3	-	4	5	6	7	東京都 千代田区霞が関〇〇〇				

医療機関等コードは、必ず10桁で入力してください。

- 1-2桁目：都道府県番号
○3桁目：点数表番号
○4-5桁目：都市区番号
○6-9桁目：医療機関等番号
○10桁目：検証番号
都道府県番号と点数表番号が判らない場合は、「（参考）都道府県番号・点数表番号一覧」のシートをご参照ください。

事業開始日には、報告内容にある取組を始めた日を記載してください

交付決定額(円)

4,500,000

**本補助金の支出
償還助成には**

本補助金の交付決定通知に記載された、交付決定額をご記載ください。
提出時には、必ず本事業の交付決定通知(写し)を添付してください。

Ⅱ. 報告内容 本事業により支出した内容・金額を下記の支出科目ごとに記載して下さい。

事業開始日	令和 2 年 12 月 15 日	事業終了日	令和 3 年 2 月 25 日	補助対象期間計 令和2年12月15日～令和3年2月25日 17日
-------	------------------	-------	-----------------	----------------------------------

事業終了日は、支出が完了した日付を記載してください。なお、事業終了日は提出日よりも前の日付である必要があります。

科目		内容（※科目の内容を9桁コードで記入し、支出の正しい科目に必ずしと記入してください。）	支出額(円)	収入額(円)
支出	賞金・報酬	臨時職員の給与	234,000	
	謝金	勉強会の講師謝金	200,000	
	会費	勉強会の会費など	120,000	
	旅費	医師の派遣の旅費	30,000	
	備用費	職員用マスク	350,000	
	役務費	なし	0	
	委託料	清掃委託	2,000,000	
	使用料及び賃借料	なし	0	
	物品購入費	空気清浄機、エアコン	855,500	
h.合計支出額（総事業費）			3,789,500	
収入	o.上記支出に対する志謝金以外の寄付金・その他の収入			0
d.合計支出額-収入額(円) (b-c)			3,789,500	
補助費算額(円)(e又はdのいずれか少ない額) 【1000円未満切捨】			3,789,000	

各科目に該当する費用について、内容と支出額を記入して下さい。支出のない科目については内容に「なし」、支出額に「0」を記入してください。

(例) 各科目、以下のような費用と考えられます。

○ あくまで予防、感染症拡大防止対策に資する費用に限らず、院内等での感染症拡大を防がねばらぬ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（感染症拡大防止対策の推進を支援する費用）は、感染症拡大防止対策の推進費に含めるべきである。（※「感染症拡大防止対策の推進費」は対象外です。）

● 資金、報酬、感染症防止対策を実施する者を新規に雇用した際の資金　等
● 資金、感染症拡大防止の推進費を実施するための講師謝金　等
● 食料、感染症拡大防止の取組のための会議費　等
● 旅費、感染症拡大防止の推進のための旅費滞泊にかかるとる旅費　等
● 医薬品、消耗品（マスクや消毒用アルコール等）、費　等
● 調査費、コロナ発生により関係機関が実施する各種の疫学調査に関わる補償を行う医師の検診料、等
● 委託料、感染症の清掃委託、洗濯委託、消毒委託、検査委託、感染症廃棄物処理委託、レシート受取のための委託費用　等
● 賃借料及び賃貸料、感染症拡大防止対策の推進に必要とする施設等の賃借料、等
● 労務費、感染症拡大防止対策の推進者の個人費、等

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る場合は、補助できませんので、ご確認の上、「はい」を選択してください。

IV. 建議事項

報告内容に補助の対象にならない優遇が含まれている場合や補助金の報告内容等に関する都道府県への説明について同意されない場合は補助できませんので、ご確認ください。

[illegible]

「はい」/「いいえ」いずれかに「○」をつけてください。

何事からも助産している者及び産婦の面談の提供を行う者に関する人件費は、本事業の管

二、次被五号等の「野蠻」コロシアムに悪影響受入れのための食品・医薬品・小児用医薬品製造販売等」や「悪影響・悪影響等における悪影響大防止等次被五号等」等、他の被五号と類似する悪影響は本事業の範囲外対象外です。

鼻環に就いて、他の被験者と異なる感覚がないか等を説明させていただきます。同意いただけない場合は、本実験の補助を断ることはできません。なお、入塾した生徒は本実験の途中、試験終了の目録で退塾することはございません。

必要に応じて、令和２年度二次補正予算の「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」や「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」の申請内容や実績報告の内容について、国から都道府県へ確認することについて同意してください。