

令和5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金支給要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、物価高騰の中で公定価格のため医療費に転嫁できない医療機関等への事業継続に向けた支援として、令和5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金（以下「支援金」という。）を予算の範囲内において支給することについて、必要な事項を定めるものとする。

(支援金の支給対象者)

第2条 支援金の支給対象者は、神奈川県内に所在し、かつ事業者の事業計画上、令和6年3月31日までの間、事業の廃止（届出を行わない事実上の廃止を含む。以下同じ。）又は事業の休止（届出を行わない事実上の休止を含む。以下同じ。）をせず、運営を継続する予定である医療機関等のうち、次に掲げる施設（以下「支給対象事業所」という。）につき、当該支給対象事業所を運営する事業者（以下「支給対象事業者」という。）に支給する。

- (1) 病院、診療所及び薬局（ただし、令和5年10月1日以前に健康保険法（大正11年法律第70号）に基づく保険医療機関又は保険薬局の指定を受けた施設に限る。）
- (2) 助産所（ただし、令和5年10月1日以前に医療法（昭和23年法律第205号）に基づく開設の届出を行った助産所に限る。）
- (3) あん摩マツサーズ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律（昭和22年法律第217号）に基づく施術所（ただし、令和5年10月1日以前に健康保険法等に基づく療養費の受領委任の取扱いについて、厚生（支）局長、及び神奈川県知事から承諾の通知を受けた施設に限る。）
- (4) 柔道整復師法（昭和45年法律第19号）に基づく施術所（ただし、令和5年10月1日以前に健康保険法等に基づく療養費の受領委任の取扱いについて、厚生（支）局長、及び神奈川県知事から登録の通知を受けた施設に限る。）
- (5) 歯科技工所（ただし、令和5年10月1日以前に歯科技工士法（昭和30年法律第168号）に基づく開設の届出を行った技工所に限る。）

(支援金額)

第3条 支援金の支給額は、別表に基づき算定するものとする。

(支援金の申請)

第4条 支援金の支給を受けようとする支給対象事業者は、令和5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金に係る支給申請書（第1号様式）に次の書類を添えて、知事が別に定める期日までに知事に提出しなければならない。ただし、支給対象事業者のうち、令和5年7月から10月に申請を受け付けた令和5年度神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金の支給決定者（以下「上半期支給決定者」という。）については、令和5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金に係る支給申請書（第1号様式）に代えて、令和5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金に係る支給申請書（上半期支給決定者用）（第2号様式）を提出しなければならない。上半期支給決定者は、申請内容が令和5年度上半期から変更がない場合、次の書類の添付を省略できる。

- (1) 申請に係る施設の保険医療機関（保険薬局）指定通知書の写し、開設届の控え、療養費の受領委任の取扱いの承諾（登録）通知書の写し等、支給対象者であることを確認できる書類
- (2) 申請日から直近の診療（調剤）報酬支払通知書の写し、療養費支給申請に係る支払い結果通知書の写し等、事業を継続して実施していることを確認できる書類
- (3) 振込先口座の通帳の写し等、振込先口座が確認できる書類

(4) その他知事が必要と認める書類

- 2 原則として、支給対象事業所を複数有する支給対象事業者は、当該支給対象事業所に係る前項に規定する申請を一括して行うものとする。

(支援金の支給決定)

第5条 知事は、前条の規定により申請書が提出されたときは、これを審査し、支援金の支給決定をした場合、申請者に対し、令和5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金支給決定通知書(第3号様式)により通知するものとする。なお、支援金を支給しないと決定した場合、申請者に対し、令和5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金不支給決定通知書(第4号様式)により通知するものとする。

- 2 知事は、前項の規定により支援金の支給決定をしたときは、申請者に対し速やかに支援金の支給を行うものとする。

(決定の取消し)

第6条 知事は、支援金の支給決定を受けた者が次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、令和5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金支給決定取消通知書(第5号様式)を通知することにより、支給決定の全部又は一部を取り消すことができる。

- (1) 支給対象事業者に該当しないことが判明した場合
- (2) 支援金の支給決定の内容又はこれに付した条件又はこの要綱に基づき知事が行った指示に違反した場合
- (3) その他、偽り等不正の手段により支援金の支給を受けたことが判明した場合

(支援金の返還)

第7条 知事は、支援金の支給決定を取り消した場合において、本事業の当該取消しに係る部分に関し既に支援金が支給されているときは、期限を定めて、その全部又は一部の返還を請求するものとする。

(報告及び調査)

第8条 知事は、支援金の適正な支給のため必要があると認めるときは、支給対象事業者に対し、報告を求め、又は当該職員にその事務所、事業場等に立ち入らせ、帳簿書類その他の物件を検査させ、若しくは関係者に質問させることができる。

(暴力団排除)

第9条 神奈川県暴力団排除条例(平成22年神奈川県条例第75号)第10条の規定に基づき、申請者が次の各号に該当する場合は、支援金支給の対象としない。

- (1) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第2条第6号に規定する暴力団員
- (2) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第2号に規定する暴力団
- (3) 法人にあっては、代表者又は役員のうち第1号に規定する暴力団員に該当する者があるもの
- (4) 法人格を持たない団体にあっては、代表者が第1号に規定する暴力団員に該当するもの

- 2 知事は、必要に応じ支援金の支給を申請した事業者が、前項各号のいずれかに該当するか否かを神奈川県警察本部長に確認することができる。ただし、当該確認のために個人情報神奈川県警察本部長に提供するときは、神奈川県警察本部長に対して当該確認を行うことについて、当該個人情報の本人の同意を得るものとする。

- 3 知事は、支援金の支給を受けた事業者が第1項各号のいずれかに該当するときは、支給決定の全部又は一部を取り消すことができる。

(書類の整備等)

第10条 支援金の支給を受けた事業者は、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、当該帳簿及び証拠書類を支援金の支給を受けた日(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ければならない。

2 支援金の支給を受けた事業者が前項に規定する証拠書類等の保存期間が満了しない間に解散する場合は、その権利義務を承継する者(権利義務を承継する者がいない場合は知事)に当該証拠書類等を引き継がなければならない。

(届出事項)

第11条 支援金の支給を受ける者は、次の各号のいずれかに該当するときは、速やかに文書をもってその旨を知事に届け出なければならない。

(1) 住所、氏名又は法人名を変更したとき。

(2) その他申請内容に変更があったとき。

(その他)

第12条 その他、事業の実施に当たり、必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、令和6年1月16日から施行する。

別表

区分	医療機関等種別	支給単価
1	病院（特別高圧受電）	1床当たり 21,000円
2	病院(特別高圧受電以外)のうち、病床数が26床以上の医療機関	1床当たり 19,000円
3	病院(特別高圧受電以外)のうち、病床数が20床以上25床以下の医療機関	1施設当たり 475,000円
4	有床診療所のうち、病床数が2床以上19床以下の医療機関	1床当たり 25,000円
5	有床診療所のうち、病床数が1床の医療機関	1施設当たり 41,000円
6	無床診療所、薬局、助産所、あん摩マッサージ指圧・はり・きゅう施術所、柔道整復施術所、歯科技工所	1施設当たり 33,000円

備考

- 1 各病院における病床数は、各病院が関東信越厚生局あてに提出した令和5年度 施設基準実施状況報告書 別紙様式1-1①及び②「入院基本料等に関する実施状況報告書（令和5年7月1日現在）」に記載の稼働病床数を原則とする
- 2 各診療所における病床数は、各診療所が関東信越厚生局あてに提出した令和5年度 施設基準実施状況報告書 別紙様式2「有床診療所入院基本料等に関する実施状況報告書（令和5年7月1日現在）」に記載の稼働病床数を原則とする。
- 3 有床診療所又は無床診療所は、歯科診療所を含む。
- 4 同一の場所で運営されるあん摩マッサージ指圧・はり・きゅう施術所及び柔道整復施術所については、一つの施術所とみなす。
- 5 あん摩マッサージ指圧・はり・きゅう施術所を運営する者が、専ら出張のみによってその業務に従事するあん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師として届出をしているときは、同一の施術所とみなす。

神奈川県知事 殿

令和5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金に係る支給申請書

令和5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金支給要綱第4条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて令和5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金の支給を申請します。なお、その支給を受けるにあたっては、令和5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金支給要綱を遵守します。

- （添付書類）
- 1 申請に係る施設の保険医療機関（保険薬局）指定通知書の写し、開設届の控え、療養費の受領委任の取扱いの承諾（登録）通知書の写し等、支給対象者であることを確認できる書類
- 2 申請日から直近の診療（調剤）報酬支払通知書の写し、療養費支給申請に係る支払い結果通知書の写し等、事業を継続して実施していることを確認できる書類
- 3 振込先口座の通帳（表紙及び表紙を一枚めくった見開きのページ）の写し等、振込先口座が確認できる書類

※支給決定・不支給決定通知書は、下記申請された所在地（住所）、代表者様宛に送付されます。

申請者種別	<input type="checkbox"/> 法人 ・ <input type="checkbox"/> 個人	
法人等の名称 ※個人の方は施設名称		
法人等の所在地 ※個人の方は自宅住所	〒 ー	
代表者職名 ※法人のみ		
代表者の氏名		
本支援金に係る連絡先	担当者名	
	日中連絡の取れる 電話番号	
	メールアドレス	
誓約・同意	<input type="checkbox"/> 以下の【誓約・同意事項】に誓約・同意の上、申請します。 (誓約事項を御確認のうえ、チェック <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。)	

【誓約・同意事項】

- (1) 本申請書に記載した医療機関等（以下「申請施設等」という。）は、現に運営しており、令和6年3月31日までの間、事業の廃止又は事業の休止をせず、運営を継続する予定です。
- (2) 本支援金を重複して申請していません。
- (3) 代表者又は役員のうち暴力団員に該当する者はありません。
- (4) 申請書の記載事項について虚偽であることが判明した場合や、支給要件に該当しないことが判明した場合には、本支援金を返還します。また、前記により当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。
- (5) 申請後に、代表者又は役員のうち暴力団員に該当する者がいないことを確認するため、県からの求めがあった場合は確認に必要な個人情報の提出に応じ、情報を神奈川県警察本部に照会することについて、代表者及び役員全員が同意しています。

（裏面に続く）

申請対象施設

一覧は別紙のとおり※1

施設区分	<input type="checkbox"/> 病院（特別高圧受電） <input type="checkbox"/> 病院（特別高圧受電以外） <input type="checkbox"/> 診療所（有床） <input type="checkbox"/> 無床診療所（歯科） <input type="checkbox"/> 無床診療所（歯科を除く）	<input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 助産所 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧・はり・きゅう施術所 <input type="checkbox"/> 柔道整復施術所 <input type="checkbox"/> 歯科技工所
医療機関コード 又は施術管理者 の登録記号番号	(10桁) ※2	
施設名称		
施設所在地	〒 -	
稼働病床数	床（病院及び有床診療所のみ記入）	
支給申請額	円	

※1 支給対象事業所を2施設以上有する場合は、「 一覧は別紙のとおり」にチェックし、施設別申請額一覧（第1号様式関係 別紙 参考様式）を添付してください。

※2 医療機関及び薬局の場合は10桁の医療機関コード、施術所の場合は受領委任の取扱いの承諾（登録）通知書に記載された10桁の登録記号番号（柔道整復施術所にあつては「協」又は「契」+9桁の数字）を記入してください。助産所・歯科技工所は空欄としてください。

口座振込申出書

本申請について、支給決定を受けた場合、支援金は次の口座に振り込んでください。

金融機関名		金融機関コード	
支店名		支店コード	
口座種別	<input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 当座・ <input type="checkbox"/> 左記以外	口座番号	
口座名義 (カナ)			

※ 口座名義は申請者と同一であるものに限る。

※ 口座名義（カナ）は通帳（見開きページ）の表記と同様に記載すること

上半期支給決定者用

第2号様式（第4条関係）

令和 年 月 日

神奈川県知事 殿

令和5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金に係る支給申請書(上半期支給決定者用)

令和5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金支給要綱第4条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて令和5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金の支給を申請します。なお、その支給を受けるにあたっては、令和5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金支給要綱を遵守します。

※支給決定・不支給決定通知書は、下記申請された所在地（住所）、代表者様宛に送付されます。

申請者種別	□法人 ・ □個人	
法人等の名称 ※個人の方は施設名称		
法人等の所在地 ※個人の方は自宅住所	〒 -	
代表者職名 ※法人のみ		
代表者の氏名		
本支援金に係る連絡先	担当者名	
	日中連絡の取れる 電話番号	
	メールアドレス	
誓約・同意	<input type="checkbox"/> 以下の【誓約・同意事項】に誓約・同意の上、申請します。 （誓約事項を御確認のうえ、チェック <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。）	

【誓約・同意事項】

- (1) 本申請書に記載した医療機関等（以下「申請施設等」という。）は、現に運営しており、令和6年3月31日までの間、事業の廃止又は事業の休止をせず、運営を継続する予定です。
- (2) 本支援金を重複して申請していません。
- (3) 代表者又は役員のうち暴力団員に該当する者はありません。
- (4) 申請書の記載事項について虚偽であることが判明した場合や、支給要件に該当しないことが判明した場合には、本支援金を返還します。また、前記により当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。
- (5) 申請後に、代表者又は役員のうち暴力団員に該当する者がいないことを確認するため、県からの求めがあった場合は確認に必要な個人情報の提出に応じ、情報を神奈川県警察本部に照会することについて、代表者及び役員全員が同意しています。

（裏面に続く）

上半期支給決定者用

(第2号様式 裏面)

申請対象施設

一覧は別紙のとおり※1

<input type="checkbox"/> 施設区分	<input type="checkbox"/> 病院（特別高圧受電） <input type="checkbox"/> 病院（特別高圧受電以外） <input type="checkbox"/> 診療所（有床） <input type="checkbox"/> 無床診療所（歯科） <input type="checkbox"/> 無床診療所（歯科を除く）	<input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 助産所 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧・はり・きゅう施術所 <input type="checkbox"/> 柔道整復施術所 <input type="checkbox"/> 歯科技工所
<input type="checkbox"/> 医療機関コード 又は施術管理者 の登録記号番号	(10桁) ※2	
<input type="checkbox"/> 施設名称		
<input type="checkbox"/> 施設所在地	〒 -	
※上記について、上半期申請内容から変更がある場合は <input checked="" type="checkbox"/> を入れ、変更後の内容を記載し、 変更内容が確認できる次の書類を添付してください。 保険医療機関（保険薬局）指定通知書の写し、開設届の控え、療養費の受領委任の取扱いの承諾 （登録）通知書の写し等		
稼働病床数	床（病院及び有床診療所のみ記入）	
支給申請額	円	

※1 支給対象事業所を2施設以上有する場合は、「 一覧は別紙のとおり」にを入れ、施設別申請額一覧（第2号様式関係 別紙 参考様式）を添付してください。

※2 医療機関及び薬局の場合は10桁の医療機関コード、施術所の場合は受領委任の取扱いの承諾（登録）通知書に記載された10桁の登録記号番号（柔道整復施術所にあつては「協」又は「契」+9桁の数字）を記入してください。助産所・歯科技工所は空欄としてください。

本申請について、支給決定を受けた場合、支援金は次の口座に振り込んでください。（口座振込申出書）
 ・上半期申請口座から変更が ある ない ←いずれかにを入れること。

※上半期申請口座から変更がある、又は上半期申請口座が不明な場合、振込先口座の通帳（表紙及び表紙を一枚めくった見開きのページ）の写しを添付すること。

金融機関名		金融機関コード	
支店名		支店コード	
口座種別	<input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 当座・ <input type="checkbox"/> 左記以外	口座番号	
口座名義 (カナ)			

※口座名義は申請者と同一であるものに限る。

※口座名義（カナ）は通帳（見開きページ）の表記と同様に記載すること

(第1号様式関係 別紙) 施設別申請額一覧

No.	施設区分	医療機関コード又は 施術管理者の登録記号番号 (10桁)※	施設名称	郵便番号	施設所在地	稼働病床数	支給申請額
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

※ 医療機関及び薬局の場合は10桁の医療機関コード、施術所の場合は受領委任の取扱いの承諾（登録）通知書に記載された10桁の登録記号番号（柔道整復施術所にあつては「協」又は「契」＋9桁の数字）を記入してください。助産所・歯科技工所は空欄としてください。

上半期支給決定者用

(第2号様式関係 別紙) 施設別申請額一覧

・上半期申請内容から変更がある場合は☑を入れてください。

No.	施設区分	医療機関コード又は 施術管理者の登録記号番号 (10桁)※	施設名称	郵便番号	施設所在地	稼働病床数	支給申請額
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

※ 医療機関及び薬局の場合は10桁の医療機関コード、施術所の場合は受領委任の取扱いの承諾（登録）通知書に記載された10桁の登録記号番号（柔道整復施術所にあつては「協」又は「契」＋9桁の数字）を記入してください。助産所・歯科技工所は空欄としてください。

〒

様

令和5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金支給決定通知書

神奈川県知事
(公印省略)

付けで申請のありました令和5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金の支給については、令和5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金支給要綱（以下「支給要綱」という。）の規定により次のとおり決定したので、通知します。

- 1 支給金額 円
2 支給条件

- (1) この支給金の対象となる事業は、 付けで申請のあった医療機関等における事業とします。
- (2) 次の場合、この支援金の支給の決定の全部又は一部を取り消すことがあります。
また、取り消した部分に係る支援金を返還させ、支援金の受領の日から納付の日までの日数に応じ、当該支援金の額（その一部を納付した場合におけるその後の期間については、既納額を控除した額）につき年10.95パーセントの割合で計算した加算金を徴収することがあります。
ア 支給対象事業者該当しないことが判明した場合
イ 支援金の支給決定の内容又はこれに付した条件又はこの要綱に基づき知事が行った指示に違反した場合
ウ その他、偽り等不正の手段により支援金の支給を受けたことが判明した場合
- (3) この支援金は、支給決定通知後、速やかに支給するものとします。
- (4) 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の証拠書類を整理し、当該帳簿及び証拠書類を支給金の額の確定の日（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年間保管しなければなりません。
また、支給事業者が保存期間が満了しない間に解散する場合は、その権利義務を承継する者（権利義務を承継する者がいない場合は知事）に帳簿及び証拠書類を引き継がなければなりません。
- (5) 所在地又は代表者を変更したときは、速やかに文書をもって知事に届け出なければなりません。
- (6) この支援金の支給の決定の内容又は条件に不服のあるときは、この支給決定通知書を受領した日から10日を経過した日までに申請の取り下げをすることができます。

問合せ先
物価高騰支援金担当
電話 (045)

第4号様式（第5条関係）

第 号
令和 年 月 日

〒

様

令和5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金不支給決定通知書

神奈川県知事
（公印省略）

申請のありました、令和5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金については、不支給とすることを決定したので通知します。

1 不支給の理由

※この様式は適宜修正して使用できるものとする。

第5号様式（第6条関係）

第 号
令和 年 月 日

〒

様

令和5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金支給決定取消通知書

神奈川県知事
（公印省略）

年 月 日 医 第 号で支給決定しました令和5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金につきまして、支給決定を取り消しましたので通知します。

1 支給決定取消理由

※この様式は適宜修正して使用できるものとする。