

様式8

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

記載例・記載方法

報告日	令和2年8月14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)
-----	-----------	--

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)	1	3	3	4	5	6	7	8	9	0	施設名称	医療法人社団〇〇〇 △△△病院
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	-----------------

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

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

所在地	郵便番号							都道府県	市区町村以降
	1	2	3	-	4	5	6	7	中央区日本橋〇-〇-〇

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 ご留意ください。	【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の有無の確認】 「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、本事業の補助金は受けられません。
--	---	--

事業実施実績

【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した費用】

科目		支出金額(円)	収入額(円)
支出	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)	2,000,000	
	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)	400,000	
	会議費(感染拡大防止の勉強会のための会議費等)	500,000	
	旅費(感染拡大防止研修のための医師派遣に係る旅費等)	135,500	
	需用費(消耗品(マスクや消毒用アルコール等)費等)	2,000,000	
	役員費(職員の感染に係る保険料等)	3,000,000	
	委託料(施設内の清掃委託、洗濯委託、消毒委託、検査委託、廃棄物処理委託等)	3,000,000	
	使用料及び賃借料(複製リース料等)	3,000,000	
	備品購入費(HEPAフィルター付き空気洗浄機の購入等)	4,500,000	
	② 支出合計額	18,535,500	
収入	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		
④ 支出合計額-収入額(円)(②-③)		18,535,500	
⑤ 補助金交付決定額(円) (1000円未満切捨)		17,000,000	
⑥ 補助金交付決定額(円)(④と⑤のいずれか小さい額) (1000円未満切捨)		17,000,000	
精算額(円)(⑤-⑥) (1000円未満切捨)		0	

【支出金額(円)】  
各科目に該当する支出済みの費用を入力してください。

【支出合計額-収入額】  
本補助金以外の寄付金やその他の収入が本事業の支出に対して用いられる場合は、その額を差し引いた額が、補助の対象となります。  
なお、この額が補助上限額よりも大きな額になって差し支えありません。

【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。

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
--	----

【精算額】  
精算額が「0」でない場合は、精算(補助金の返還)が必要となります。  
対象となる可能性のある支出の報告漏れがないかご確認下さい。

様式8

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

報告日		(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)
-----	--	--

施設概要

助産所コードを有さない助産所は「9999999999」を入力してください

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				市区町村以降		

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	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。
--	------------------------------------

事業実施実績

【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した費用】

	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		
		②_支出合計額	
収入	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		
	④_支出合計額-収入額 (円) (②-③)		
	⑤_補助金交付決定額 (円) _(1000円未満切捨)_		
	⑥_補助金交付決定額 (円) (④と⑤のいずれか小さい額) _(1000円未満切捨)_		
	精算額 (円) (⑤-⑥) _(1000円未満切捨)_		

交付決定通知書を確認し、  
ご記載下さい。

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。
--	--	---

様式7

令和 年 月 日

神奈川県知事 黒岩 祐治 殿

(所在地)  
(施設名称)  
(管理者職・氏名)

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）の事業実績報告書

令和 年 月 日付け 第 号をもって交付決定を受けた標記補助金に係る事業実績について、次の関係書類を添えて報告します。

- 1 精算額 円
- 2 所要額精算書（様式8）
- 3 領収書等貼付用紙（様式9-1～様式9-9）
- 4 収入内訳書（様式10）
- 5 役員等氏名一覧表（様式11）

※ 留意事項

上記3 領収書等貼付用紙（別紙9-1～9-9）及び4 収入内訳書（様式10）は、所要額精算書（様式8）の事業実施実績で計上した科目に該当する様式（「賃金・報酬」であれば様式9-1、「謝金」であれば「様式9-2」など）のみの提出で構いません。

その際、各様式ごとに領収書、納品書、振込額がわかる資料（通帳の写しなど）等、支出内容とその金額が証明できる資料を貼付してください。

様式9-1

**【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）											施設名称	
賃金・報酬の支出済額（円） （所要額精算書からの転記）											領収書等の合計額	

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。

※ 様式9-1は、所要額精算書の事業実施実績で「賃金・報酬」を計上した場合のみの提出で構いません。

様式9-2

**【謝金】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）											施設名称	
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--

謝金の支出済額（円） （所要額精算書からの転記）		領収書等の合計額	
-----------------------------	--	----------	--

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、支出した謝金の額がわかる書類（領収書等）の写しを貼付して下さい。

※ 様式9-2は、所要額精算書の事業実施実績で「謝金」を計上した場合のみの提出で構いません。

**【会議費】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）											施設名称	
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--

会議費の支出済額（円） （所要額精算書からの転記）		領収書等の合計額	
------------------------------	--	----------	--

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、支出した会議費の額がわかる書類（領収書等）の写しを貼付して下さい。

※ 様式9-3は、所要額精算書の事業実施実績で「会議費」を計上した場合のみの提出で構いません。

様式9-4

**【旅費】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）											施設名称	
旅費の支出済額（円） （所要額精算書からの転記）											領収書等の合計額	

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、支出した旅費の額がわかる書類（領収書等）の写しを貼付して下さい。

※ 様式9-4は、所要額精算書の事業実施実績で「旅費」を計上した場合のみの提出で構いません。

**【需用費】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）											施設名称	
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--

需用費の支出済額（円） （所要額精算書からの転記）		領収書等の合計額	
------------------------------	--	----------	--

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、支出した需用費の額がわかる書類（領収書等）の写しを貼付して下さい。

※ 様式9-5は、所要額精算書の事業実施実績で「需用費」を計上した場合のみの提出で構いません。



**【役務費】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)											施設名称	
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--

役務費の支出済額 (円) (所要額精算書からの転記)	領収書等の合計額
-------------------------------	----------

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、支出した役務費の額がわかる書類（領収書等）の写しを貼付して下さい。

※ 様式9-6は、所要額精算書の事業実施実績で「役務費」を計上した場合のみの提出で構いません。

様式9-7

**【委託料】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）											施設名称	
委託料の支出済額（円） （所要額精算書からの転記）											領収書等の合計額	

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、支出した委託料の額がわかる書類（領収書等）の写しを貼付して下さい。

※ 様式9-7は、所要額精算書の事業実施実績で「委託料」を計上した場合のみの提出で構いません。

様式9-8

**【使用料及び賃借料】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)										施設名称	
使用料及び賃借料の支出済額 (円) (所要額精算書からの転記)										領収書等の合計額	

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、支出した使用料及び賃借料の額がわかる書類（領収書等）の写しを貼付して下さい。

※ 様式9-8は、所要額精算書の事業実施実績で「使用料及び賃借料」を計上した場合のみの提出で構いません。

様式9-9

**【備品購入費】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）										施設名称	
備品購入費の支出済額（円） （所要額精算書からの転記）										領収書等の合計額	

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、支出した備品購入費の額がわかる書類（領収書等）の写しを貼付して下さい。

※ 様式9-9は、所要額精算書の事業実施実績で「備品購入費」を計上した場合のみの提出で構いません。

様式10

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)										施設名称	
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--

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)		関係書類における収入の合計額	
--	--	----------------	--

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。

※ 様式10は、所要額精算書の事業実施実績で「収入」を計上した場合のみの提出で構いません。



