

【記載例】交付申請書(別紙)

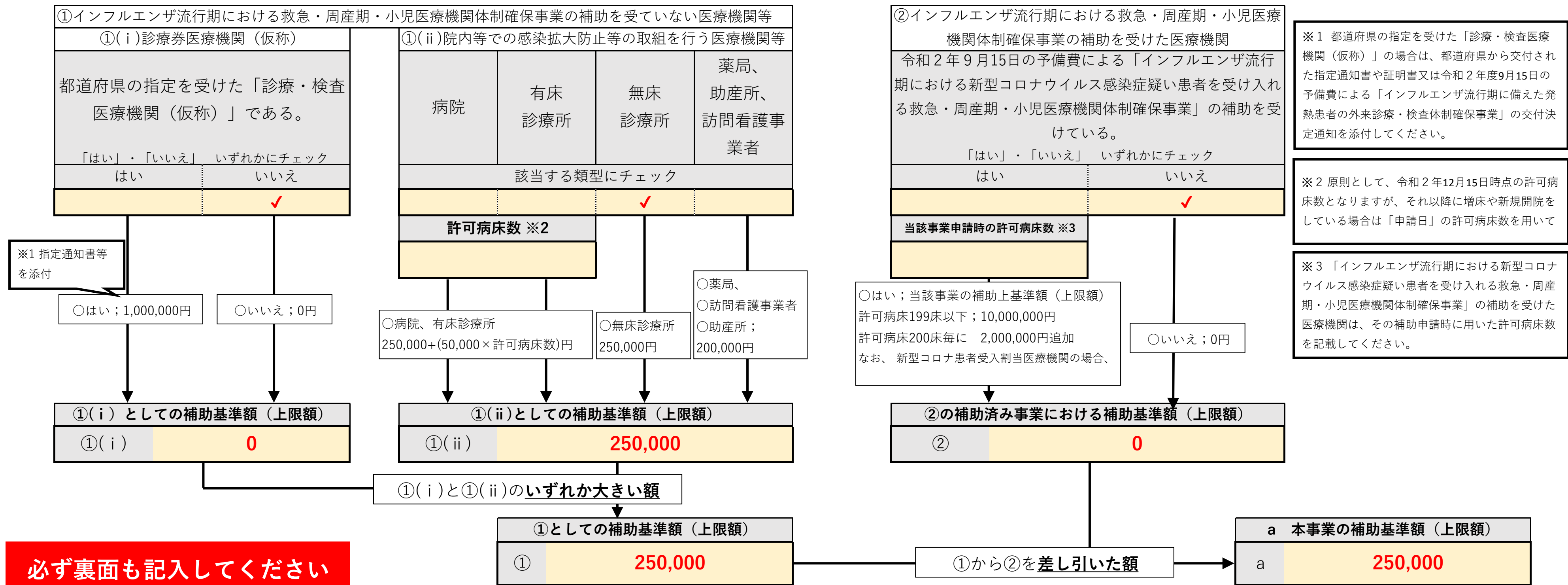
別紙

黄色セル部分に記載をお願いいたします

【表面】 交付申請書 (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

申請日	令和3年2月22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)	医療機関等コードは、必ず10桁で記入してください。 ○1-2桁目; 都道府県番号 ○3桁目; 点数表番号 ○4-5桁目; 郡市区番号 ○6-9桁目; 医療機関等番号
I. 基本情報			
(1) 施設概要			
医療機関等コード (10桁)	2 3 1 1 2 3 4 5 6 7	施設名称	保険医クリニック
代表者職名	院長	代表者氏名	保険医 太郎
連絡先	担当部署	担当者氏名	連絡先電話番号
	院長	保険医 太郎	052-832-1345
所在地	郵便番号	都道府県	市区町村以降
	4 6 6 - 8 6 5 5	愛知県	名古屋市昭和区妙見町19-2
連絡先メールアドレス	▲▲▲@□□.□.□		

(2) 補助基準額の算定 ※ 該当する施設区分にチェックを記入していただき、記載の算定方法に従って「a 本事業の補助基準額 (上限額)」を記入してください。



※1 都道府県の指定を受けた「診療・検査医療機関(仮称)」の場合は、都道府県から交付された指定通知書や証明書又は令和2年度9月15日の予備費による「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」の補助を受けている。「はい」・「いいえ」 いずれかにチェック

※2 原則として、令和2年12月15日時点の許可病床数となりますが、それ以降に増床や新規開院をしている場合は「申請日」の許可病床数を用いて

※3 「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」の補助を受けた医療機関は、その補助申請時に用いた許可病床数を記載してください。

必ず裏面も記入してください

【記載例】交付申請書(別紙)

別紙

黄色セル部分に記載をお願いいたします

【裏面】 交付申請書(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

II. 補助金の振込先

金融機関名	■■銀行		金融機関コード	0	0	0	0	支店名	●●支店	支店コード	0	0	1
預金種類 1:普通 2:当座 6:別段	1	口座番号(右詰め) ※8桁未満の場合、頭に「0」をつけて8桁にしてください	1	1	1	1	1	(フリガナ) 取引口座名	ホケンイクリニック 保険医クリニック	ホケンイ 太郎	太郎		

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に記載して下さい。

事業開始日	令和3年1月20日	事業終了日	令和3年2月15日	
科目	※各科目の内容を30字程度で記入ください。支出額は「なし」と記入してください。		支出額(円)	収入額(円)
支出	賃金・報酬	なし	0	
	謝金	なし	0	
	会議費	なし	0	
	旅費	なし	0	
	需用費	職員用マスク、消毒用アルコール	66,000	
	役務費	なし	0	
	委託料	なし	0	
	使用料及び賃借料	なし	0	
	備品購入費	空気清浄機、エアコン	220,000	
	b_合計支出額(総事業費)		286,000	
収入	c_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
d_合計支出(予定)額-収入(予定)額(円) (b-c) ※ただし、b-cが「0」以下の場合は、「0」			286,000	
補助金交付申請額(円) (aとdのいずれか少ない額) [1000円未満切捨]			250,000	

○「精算交付申請」の場合：「事業開始日」は貼付する領収書等の一番最初の領収書の日付を、「事業終了日」は最後の領収書の日付を記入してください。
○「概算交付申請」の場合：「事業開始日」は「令和2年12月15日」、「事業終了日」は「令和3年3月31日」と記入してください。

上記「支出額」について、全ての支払が完了している。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	○「精算交付申請」の場合：「はい」に○をしてください。 ○「概算交付申請」の場合：「いいえ」に○をして、事後に「実績報告」を行います。
---------------------------	-------------------------------------	---------------------------	--

IV. 確認事項 ※申請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の補助金への申請内容等に関する都道府県への確認について

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	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	「はい」「いいえ」のいずれかに「○」をつけてください。
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。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> 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ありません。