

「医療機関・薬局等における

感染拡大防止等支援事業」

医療機関等の申請マニュアル

～医療機関等用～

作成日：令和2年12月17日

千葉県

目次

1.	本事業の補助の概要	・・・4
1.1	補助の対象医療機関等	・・・4
1.2	補助の上限額	・・・4
1.3	補助の対象経費	・・・5
1.4	補助の対象期間	・・・5
2.	申請について	・・・6
3.	概算交付申請の手続き	・・・7
3.1	申請方法の確認	・・・7
3.2	申請書等の入手	・・・8
3.2.1	エクセルファイルの申請書等の入手	・・・8
3.2.2	紙媒体の申請書等の入手	・・・9
3.3	エクセルファイルの申請書等の入力・提出方法	・・・9
3.3.1	申請書・事業実施計画書（エクセルファイル）への入力	・・・9
3.3.2	申請書・申請概要（エクセルファイル）の確認	・・・16
3.3.3	提出用ファイルの出力（エクセルファイル）	・・・17
3.3.4	申請書等の提出（エクセルファイル）	・・・17
3.3.4.1	「オンライン請求システム」による申請書等の提出（エクセルファイル）	・・・18
3.3.4.2	「Web 申請受付システム」による申請書等の提出（エクセルファイル）	・・・18
3.3.4.2.1	利用者登録（エクセルファイル）	・・・18
3.3.4.2.2	申請書等のファイル提出（エクセルファイル）	・・・18
3.3.4.3	電子媒体（CD-R 等）による申請書等の提出（エクセルファイル）	・・・18
3.4	紙媒体の申請書等の記載・提出方法	・・・20
3.4.1	申請書・事業実施計画書（紙媒体）の記載	・・・20
3.4.1.1	事業実施計画書（紙媒体）の記載	・・・20

3.4.1.2	申請書（紙媒体）の記載	・・・26
3.4.2	申請書等の提出（紙媒体）	・・・26
3.5	補助金の交付決定	・・・27
3.6	補助金の振込み	・・・27
4 .	コールセンター	・・・27

1. 本事業の補助の概要

新型コロナウイルス感染症の院内等での感染拡大を防ぐための取組を行う病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション・助産所に対して、感染拡大防止対策や診療体制確保などに要する費用を補助します。

1.1 補助の対象医療機関等

新型コロナウイルス感染症の院内等での感染拡大を防ぐための取組を行う病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション・助産所が対象となります。

ただし、保険医療機関でない病院や診療所、保険薬局でない薬局、指定訪問看護事業者でない訪問看護ステーションは補助の対象外です。

「新型コロナウイルス感染症を疑う患者の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補助を受けることはできません。

➤ 取組の例（例示であり、これに限られるものではありません）

共通して触れる部分の定期的・頻回な清拭・消毒などの環境整備
予約診療の拡大、整理券の配布等を行い、患者に適切な受診の仕方を周知
発熱等の症状を有する新型コロナ疑いの患者とその他の患者が混在しないよう、
動線の確保やレイアウト変更、診療順の工夫など
電話等情報通信機器を用いた診療体制等の確保
感染防止のための个人防护具等の確保
医療従事者の感染拡大防止対策（研修、健康管理等）

1.2 補助の上限額

病院（医科、歯科）	200万円+5万円×病床数
有床診療所（医科、歯科）	200万円
無床診療所（医科、歯科）	100万円
薬局、訪問看護ステーション、助産所	70万円

1.3 補助の対象経費

「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」を除き、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する費用が補助の対象経費です。感染拡大防止対策に要する費用に限られず、院内等での感染拡大を防ぎながら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について、幅広く補助の対象経費となります。

- 経費の例（例示であり、これに限られるものではありません）
清掃委託、洗濯委託、検査委託、寝具リース、感染性廃棄物処理、個人防護具の購入 等

1.4 補助の対象期間

令和2年4月1日から令和3年3月31日までに支出される費用が対象となります。

支出済みの費用だけでなく、申請日以降（令和3年3月31日まで）に支出が見込まれる費用も合わせて、概算額で申請することが可能です。概算額で申請する場合、事後に実績報告が必要となるため、領収書等の証拠書類を保管しておいてください。なお、実績報告において対象とならない経費が含まれていた場合など、概算で交付した補助金額が交付すべき確定額を上回るときは、その上回る額を返還していただくこととなります。

2. 申請について

各医療機関等からの申請は1回限りです。(漏れのないよう申請を行ってください。)

各医療機関等での 申請時の支出状況	申請区分	申請書等の提出先	申請書・添付書類	受付開始時期
支出済みの費用だけでなく、申請日以降（令和3年3月31日まで）に支出が見込まれる費用も合わせて、概算額で補助金を申請。	概算交付申請	千葉県国民健康保険団体連合会	・ 交付申請書兼概算払請求書 ・ 事業実施計画書	・ 「オンライン請求システム」 ・ 「WEB申請受付システム」 いずれも 7月28日(火)

3. 概算交付申請の手続き

3.1 申請方法の確認

原則として、以下 いずれかの方法により申請してください。

【原則】

千葉県国民健康保険団体連合会の「オンライン請求システム」
(医療機関等が毎月の診療報酬請求事務で使用しているシステム)
千葉県国民健康保険団体連合会の本事業専用の「WEB 申請受付システム」
(オンライン請求システム未導入の医療機関等用)

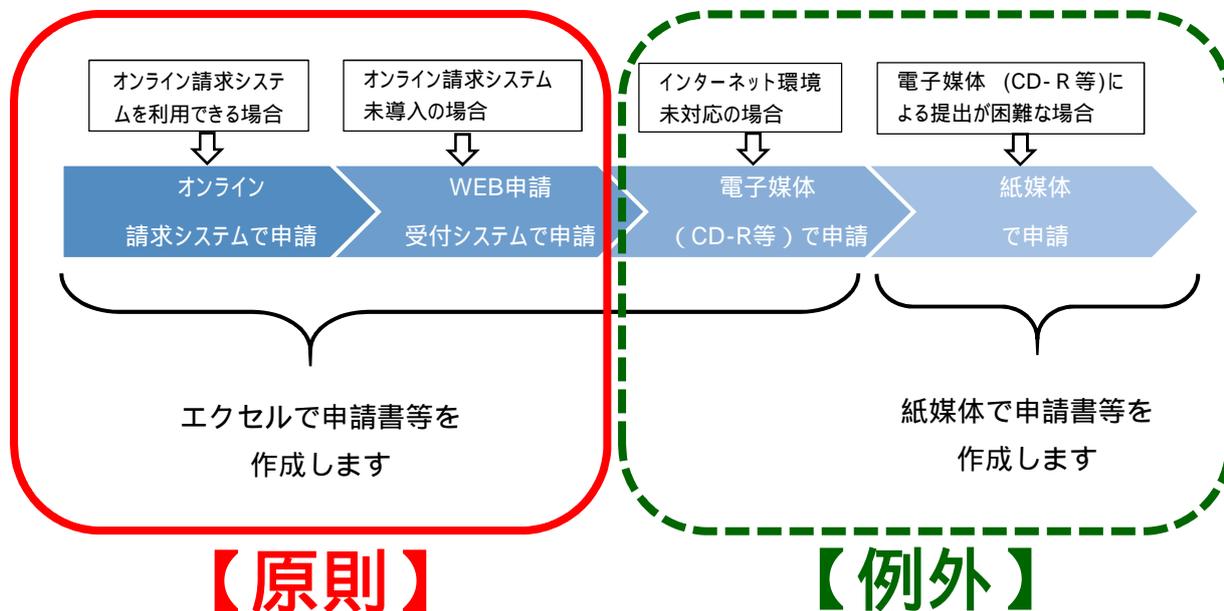
【例外】

インターネット環境に対応できない医療機関等に限り、以下 いずれかの方法による申請も可能とします。(ただし、事務手続に時間を要するため、支払いまでに数ヶ月以上かかる可能性があります。予めご了承下さい。)

「電子媒体(CD-R等)」により千葉県国民健康保険団体連合会に郵送

「紙媒体」を千葉県国民健康保険団体連合会に郵送

<申請方法の確認>



注意！！

支払までに相当程度の時間
(数ヶ月以上)を要する可能性が
あります。

3.2 申請書等の入手

3.2.1 エクセルファイルの申請書等の入手

3.1の「オンライン請求システム」、「WEB 申請受付システム」、「電子媒体（CD-R等）」による申請を行う医療機関等については、エクセルファイルの申請書等を用いた申請となります。

エクセルファイルの申請書等（ファイル名；12 千葉県_入力用_支援事業_申請書等.xlsm）は、千葉県のホームページからダウンロードしてください。

注意

厚生労働省のホームページには、標準的なモデルの申請書等が掲載されていますが、申請書等は都道府県ごとに異なります。

申請時には、必ず千葉県のホームページからダウンロードした申請書等をご使用ください。

エクセルのバージョンは「2013」以降を推奨しています。

「エクセル 2010」以前のバージョンでは提出ファイルの出力時等において、動作が正常に完了せず、エラーが出る場合があります。（この場合は例外として、紙での申請も可能です）

申請書の入力・出力は Windows 端末を利用してください。Mac 端末ではエクセルのマクロが正常に動作しない可能性があります。



申請書作成～提出

9 ページ 3.3 -19 ページ 3.3.4.3 へ

3.2.2 紙媒体の申請書等の入手

3.1の「オンライン請求システム」、「WEB申請受付システム」、「電子媒体(CD-R等)」による申請ができない医療機関等は、「紙媒体」の申請書等での申請となります。紙媒体の申請書等は、以下によりお受け取りください。

郵送による資料送付

千葉県慰労金支援金総合窓口で資料請求してください。

電話番号 0570-080-035 (平日の午前9時から午後5時まで)

来庁による資料受け取り

千葉県庁 千葉市中央区市場町1-1

- ・医療整備課(医療機関、助産所) 本庁舎13階
- ・薬務課(薬局) 本庁舎13階
- ・高齢者福祉課(訪問看護ステーション) 本庁舎12階
- ・健康づくり支援課(歯科医療機関) 本庁舎11階



申請書作成～提出

20ページ 3.4 -26ページ 3.4.2 へ

3.3 エクセルファイルの申請書等の入力・提出方法

3.1の「オンライン請求システム」、「WEB申請受付システム」、「電子媒体(CD-R等)」による申請を行う医療機関等は、エクセルファイルの申請書等を用いた申請となります。

3.3.1 申請書・事業実施計画書(エクセルファイル)への入力

3.2.1でダウンロードしたエクセルファイルの申請書等について、各医療機関等で入力いただくのは「様式2-1 事業実施計画書」のシートのみです。「様式2-1 事業実施計画書」のシートの「必須項目」を入力いただくと、「様式1 申請書」と千葉県国民健康保険団体連合会及び都道府県(千葉県)が情報管理のために用いる「様式3 申請概要」に必要事項が自動的に転記されます。

「様式2-1 事業実施計画書」のシート内の水色のセルが各医療機関等に入力いただく「必須項目」です。「必須項目」に入力もれがあると、保存及び提出用のファイル出力ができない設定になっておりますので、漏れなく入力するようお願いいたします。

注意！！ 作業開始前に、必ず画面上部にある**コンテンツの有効化**ボタンをクリックし、マクロが作動する状態にしてから作業を始めてください。

【必須項目】

都道府県名

申請日

医療機関等コード

施設名称⁴

管理者職名

管理者氏名

連絡先

所在地⁴

施設類型

許可病床数

補助上限額

施設情報に関する確認

口座情報に関する確認

・ 債権譲渡の有無（回答により以下が変わります）

・ （都道府県への情報共有）

・ （口座利用の同意）

・ （口座情報）

他の補助事業に関する確認

支出予定額

収入予定額

補助金交付申請額

支出予定に関する確認

4 医療機関等コードを入力すると、施設名称及び所在地が自動で表示されます。（令和2年6月1日時点の厚生局に届出されている情報）

【 都道府県名】

エクセルファイルの申請書は、都道府県ごとに異なっているので所在地の都道府県名が記載されていることを確認した上で、入力をしてください。

【 申請日】

記入を完了して、申請書等を提出する日を入力してください。

ここで入力した日付が、「様式1 申請書」の申請日に自動転記されますので、ご注意ください。

東京

様式2-1（「様式2」は、紙申請用であり、どちらか一方を提出） オンライン請求システム・WEB発行申請システム・電子交付(CO-R) 申請用

事業実施計画書 医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

申請日 令和2年7月31日 (入力形式: 西暦4桁/月/日 例: 2020/07/31) 提出用ファイル 出力

施設概要

施設コードを有さない施設時は「999999999」を入力してください

医療機関等コード(3桁)	1	3	4	5	6	7	8	9	0	施設名称	医療	〇〇〇〇 〇〇〇〇 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		東京都		中央区日本橋〇-〇-〇								
施設類型(ボイラールカ分類)	病院(医科)		許可病床数(療養のみ)		300		a.補助上限額(基準額)(円)		17,000,000			

施設類型及び許可病床数に間違いがない はい いいえ

国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない はい いいえ

施設コードを有さない施設時は、「いいえ」を選択してください。

国保連合会による当該口座の債権譲渡に関する確認結果が都道府県に共有されることと同義する はい いいえ

国保連合会に登録されている口座情報を本事業の届出に使用することに同意する はい いいえ

※なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみに用い、その他の目的で使用されることはありません。

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 はい いいえ

【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に関する費用】

対象期間(令和2年4月1日から令和2年3月31日)には、支出が予定されている各科目の費用について総算額をご記載ください。感染拡大防止対策に関する費用に限らず、院内での感染拡大を防止するための感染対策を実施するための診療体制確保等に要する費用についても、種別ごとの対表となります。

※令和2年4月1日から令和2年3月31日までの間の費用が対象となりますので、支出済みの費用だけでなく、申請日以降に発生が想定される費用も合わせて、総算額で申請することも可能です。事業費で申請した場合、事業に実施費が必要となるため、報告書の総算額を留意してください（実施費の際に報告書の総算額が必要となります）。なお、実施費において対象とならない経費が含まれていた場合は、総算で交付した額が交付すべき確定額を上回ることは、その上回る額を返還していただくこととなります。

科目	支出予定額(円)	収入予定額(円)
資金・報酬	2,000,000	
謝金	400,000	
会議費	500,000	
旅費	135,500	
雑用費	4,500,000	
役員費	1,500,000	
委託料	1,500,000	
使用料及び賃借料	3,000,000	
物品購入費	4,000,000	
b.合計支出予定額(総事業費)	17,535,500	
収入		c.上記支出に対する定額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)	17,535,500	
補助金交付申請額(円)(a&dのうち少ない額)	17,000,000	

上記「資金・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員費は含まれていない はい いいえ

国保連合会に登録している当該口座の債権の譲渡を行う際に係る人員費は、本事業の事業費であり、ご記載ください。

申請日	令和2年7月31日
-----	-----------

【 医療機関等コード】

都道府県番号 2桁（千葉県は 1 2 ）、点数表番号 1桁、郡市区番号 2桁、医療機関等番号 4桁、検証番号 1桁の算用数字を組み合わせた計 10桁の医療機関等コードを入力してください。

（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）	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
	都道府県 番号 （千葉県は 1 2）		点数表 番号 （ P28 参照）	郡市区 番号 （参考）	別紙		医療機関等 番号		検証 番号	
				別紙		都道府県番号一覧及び点数表番号一覧				

【 施設名称】

医療機関等コードを入力すると、厚生局に令和2年6月1日時点で届出されている施設名称が自動で表示されます（助産所を除く）ので、自動で表示された施設名称に間違いがないか確認してください。

施設名称	医療法人社団〇〇〇 病院
------	--------------

なお、届出されていない医療機関等コードが入力された場合は、以下の注意が表示されますので、医療機関コードに間違いがないか確認の上、間違いがなければ、施設名称を手入力してください。

施設名称	自動表示されない場合は、番号をご確認下さい。それでも自動表示されない(または変更がある)場合は、手入力してください。
------	--

また、助産所及び令和2年6月1日以降に開設された医療機関等や医療機関等コードが更新された医療機関等は、正しい施設名称が自動表示されませんので、手入力してください。

【 管理者職名】・【 管理者氏名】

管理者の職名及び氏名を入力してください。ここで入力された管理者の情報が「様式1申請書」の代表者として自動転記されますので、ご留意ください。

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

【 連絡先】

申請内容に疑義や不備等があった場合に、確認させていただく際の連絡先をご入力ください。

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
	部		03-xxxx-xxxx	@

【 所在地】

医療機関等コードを入力すると、厚生局に令和2年6月1日時点で届出されている所在地が自動で表示されます(助産所を除く)ので、自動で表示された所在地に間違いがないか確認してください。

なお、助産所及び令和2年6月1日以降に開設された医療機関等や医療機関等コードが更新された医療機関等は、正しい所在地が自動表示されませんので、手入力してください。

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	中央区日本橋〇-〇-〇

【 施設類型】

本事業では、施設類型によって 補助上限額が異なりますので、プルダウンより、該当する施設類型を選択してください。

(病院(医科)/病院(歯科)/有床診療所(医科)/有床診療所(歯科)/無床診療所(医科)/無床診療所(歯科)/薬局/訪問看護ステーション/助産所)

【 許可病床数】

施設類型において「病院(医科)」もしくは「病院(歯科)」を選択した場合のみ、入力する「必須項目」となります。令和2年4月1日時点の許可病床数 を入力してください。

なお、令和2年4月1日以降に増床や新規開院をされた場合は、申請日の許可病床数を入力してください。

一般病床、療養病床、精神病床、感染症病床、結核病床の許可病床数の合計

許可病床数 (病院のみ記載)	300
-------------------	-----

原則として、令和2年4月1日現在の医療法上の許可病床数

【 補助上限額】

施設類型及び 許可病床数(病院の場合のみ)により、補助上限額が自動計算で算出・入力されますので、ご確認ください。各医療機関等の補助上限額は以下のとおりです。

施設類型	補助上限額
病院（医科、歯科）	200万円+5万円×病床数
有床診療所（医科、歯科）	200万円
無床診療所（医科、歯科）	100万円
薬局、訪問看護ステーション、助産所	70万円

【 施設情報に関する確認】

施設類型及び 許可病床数(病院の場合のみ)に間違いがないことを確認し、「はい」を選択してください。(「はい」が選択されない場合、ファイルの保存及び提出用ファイルの出力ができない設定になっております。)

なお、記載に間違いがあり、本来の補助金額を超過して補助金が支払われた場合、超過分は返還対象となります。

施設類型及び許可病床数に間違いがない	はい
--------------------	----

【 口座情報に関する確認】

本事業では、千葉県国民健康保険団体連合会のシステムを活用した補助金の振込みを予定しておりますので、診療報酬の振込用に国保連に登録されている口座の状況について、ご入力ください。

なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみに用い、その他の目的で使用されることはありません。

- 千葉県国民健康保険団体連合会に登録されている口座の債権譲渡の有無(以下の(1)又は(2)を選択)

(1) 千葉県国民健康保険団体連合会に登録されている口座が債権譲渡されていない場合は、「はい」を選択してください。「はい」を選択すると、以下の2つの同意欄が表示されます。どちらか一方でも同意されない場合は、千葉県国民健康保険団体連合会のシステムを活用した補助金の振込みができなくなります。

ア「債権譲渡の有無に関する確認結果が都道府県(千葉県)に共有されることへの同意欄」

- ・ 補助対象ではない債権譲渡先に補助金が渡ることを避けるため、千葉県国民健康保険団体連合会が保有している情報を用いて債権譲渡の有無に関して確認を行います。補助金交付過程において、その確認結果を都道府県(千葉県)に共有されることについて同意される場合は、「はい」を選択してください。

イ「千葉県国民健康保険団体連合会に登録されている口座情報を本事業の振込みに使用することへの同意欄」

- ・ 診療報酬の振込用に千葉県国民健康保険団体連合会に登録されている口座情報を、本事業の振込みに使用することについて同意される場合は、「はい」を選択してください。

国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない	はい	「はい」を選択すると、2つの同意欄が表示されます。
国保連合会による当該口座の債権譲渡に関する確認結果が都道府県に共有されることに同意する	はい	
国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込みに使用することに同意する	はい	

(2) 千葉県国民健康保険団体連合会に登録されている口座が債権譲渡されている場合又は助産所コードを有していない助産所は、「いいえ」を選択してください。「いいえ」を選択すると、口座情報を入力する欄が表示されます。千葉県国民健康保険団体連合会に登録されている口座が債権譲渡されている場合は、千葉県国民健康保険団体連合会のシステムでの振込みができないため、債権譲渡されていない口座の情報をご入力ください。なお、その場合、本補助金の振込みは都道府県（千葉県）から行われることになります。

国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない	いいえ	「いいえ」を選択すると、口座情報記入欄が表示されます	
金融機関名	金融機関コード		支店名
預金種類 1:普通 2:当座 4:貯蓄 (フリガナ)	口座番号(左詰め)		
取引口座名	「債権譲渡されていない口座の情報を記載してください」		

【 他の補助事業に関する確認】

「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、本事業の補助金を受けることはできません。

「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	はい
--	----

(参考)「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

対象医療機関 新型コロナ疑い患者の診療を行う救急・周産期・小児医療機関
 支援金の額

- ・以下の額を上限として実費を補助
 - 99床以下 2000万円
 - 100床以上 3000万円
 - 100床ごとに 1000万円を追加
- ・新型コロナ患者の入院受入れ医療機関に対する上記の額への加算 1000万円

【 支出予定額】 / 【 収入予定額】 / 【 補助金交付申請額】

対象期間（令和2年4月1日から令和3年3月31日）に、支出が予定されている各対象科目の費用について概算額を、ご入力ください。

科目		支出予定額（円）	収入
支出	賃金・報酬	2,000,000	0
	謝金	400,000	
	会議費	500,000	
	旅費	135,500	
	需用費	4,500,000	
	役務費	1,500,000	
	委託料	1,500,000	
	使用料及び賃借料	3,000,000	
	備品購入費	4,000,000	
	b 合計支出予定額		
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）		17,535,500	
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）		17,000,000	

【 支出予定額】
 対象期間に支出が予定されている各対象科目の費用について、概算でご記載ください。
各医療機関等からの申請は1回限りですので、対象となる可能性のある費用について、**漏れのないようご注意ください。**

支出予定額の合計が補助交付申請額を超えても差し支えありません。
 （都道府県の審査において、一部補助対象と認められなかった場合なども考慮してください）

【 収入予定額】
 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」円をご記載下さい。なお、合計支出予定額からこちらの額を差し引いた額が補助の対象費用になります。

【 補助金交付申請額】
 「a_補助上限額（円）」と「d_合計支出予定額-収入予定額（円）」のどちらか少ない額となります。（自動計算）

各対象科目に該当する費用については、例えば、以下のようなものが考えられます。あくまで例であり、感染拡大防止対策に要する費用に限られず、院内等での感染拡大を防ぎながら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について、幅広く補助の対象経費となります。

ただし、「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」は対象外です。

【例】

- ・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
- ・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
- ・会議費；感染拡大防止の勉強会のための会場費 等
- ・旅費；感染拡大防止研修のための医師派遣にかかる旅費 等
- ・需用費；消耗品（マスクや消毒用アルコール等）費 等
- ・役務費；職員の感染に係る保険料 等
- ・委託料；施設内の清掃委託、洗濯委託、消毒委託、検査委託、感染性廃棄物処理委託、レイアウト変更のための委託費用 等
- ・使用料及び賃借料；寝具リース料 等
- ・備品購入費；HEPA フィルター付き空気清浄機の購入費 等

【 支出予定に関する確認】

支出予定額の「賃金・報酬」に、本事業の対象とはならない「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」が含まれていないことの確認です。こちらが、「はい」にならないとファイルの保存及び提出用ファイルの出力ができない設定となっております。

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
--	----

3.3.2 申請書・申請概要（エクセルファイル）の確認

「様式 2-1 事業実施計画書」のシートの「必須項目」に入力いただくと、「様式 1 申請書」と千葉県国民健康保険団体連合会及び都道府県(千葉県)が情報管理のために用いる「様式 3 申請概要」に必要事項が自動的に転記されます。「様式 1 申請書」及び「様式 3 申請概要」について、以下に間違いがないか確認してください。

【申請書】

- ・申請日
- ・宛名（医療機関等の所在地の都道府県知事）
- ・所在地/施設名/代表者名
- ・申請額

【申請概要】

- ・施設名称
- ・医療機関等コード
- ・郵便番号/所在地/電話番号
- ・補助金交付申請額

（申請書）

The screenshot shows a form titled "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の支援）の交付申請書". The form contains the following information:

- 申請日: 令和2年7月31日 (circled in red)
- 宛名: 東京都知事 殿 (circled in red)
- 所在地/施設名/代表者名: 東京都中央区日本橋〇〇〇 医療法人社団〇〇〇 病院 病院長 (circled in red)
- 申請額: 金17,000,000円 (circled in red)

The form also includes a section for "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の支援）の交付申請書" and a note: "標記について、次により交付金を交付されるよう関係書類を添えて申請する。"

(申請概要)

様式3								
申請概要 医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業								
施設名称	医療機関等コード	郵便番号	所在地	電話番号	補助金交付申請額(円)	【都道府県記載欄】 補助金概算交付額(円)	事業計画書における 国保連取扱 不可事由	
医療法人社団〇〇〇	病院	1 3 3 4 5 6 7 8 9 0	123-4567	東京都中央区日本橋〇-〇-〇	03-xxxx-xxxx	17,000,000	17,000,000	無

注意！！
この作業を忘れると提出できません

3.3.3 提出用ファイルの出力（エクセルファイル）

エクセルファイルの申請書等について、入力用のファイルのままでは、千葉県国民健康保険団体連合会で受付できませんので、提出用のファイルを出力する必要があります。「様式 2-1 事業実施計画書」のすべての「必須項目」について、漏れなく入力されたことを確認の上、「様式 2-1 事業実施計画書」にあるファイル出力ボタンをクリックしてください。入力用のファイルと同じフォルダに、提出用のファイル（ファイル名；提出用_支援事業_医療機関等コード（10桁）_作成日（yyyymmdd）.xlsx）が出力されます。

ファイル出力ボタン； 

3.3.4 申請書等の提出（エクセルファイル）

申請書等について、千葉県国民健康保険団体連合会での受付開始は以下のとおりです。

- ・「オンライン請求システム」は、7月28日から受付開始
- ・「WEB申請受付システム」は、7月28日から受付開始

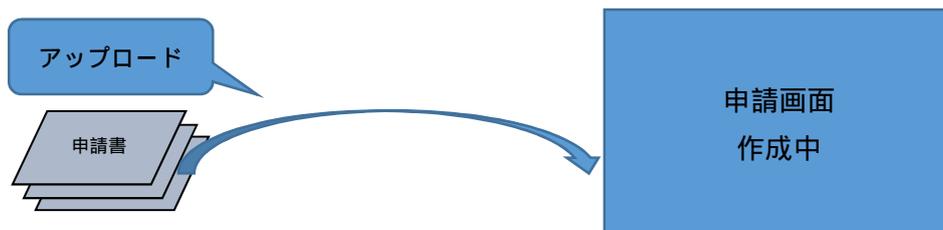
また、8月以降の申請書等の受付期間は、毎月15日から月末（土日祝含む午前8時から午後9時）までとなります。

最終受付締切は、令和3年2月28日（日）です。

なお、医療機関等への補助金の振込みは、最速で、千葉県国民健康保険団体連合会における申請書等の受付の翌月下旬となる予定です。

3.3.4.1 「オンライン請求システム」による申請書等の提出（エクセルファイル）

診療報酬請求事務で使っている国保連の「オンライン請求システム」に、診療報酬請求で使用している ID・パスワードによりログインし、本事業の申請画面にアクセスしていただき、「3.3.3 提出用ファイルの出力」にて出力された提出用のファイルを取り込んでください。なお、毎月 1-14 日は、受付できませんのでご注意ください。



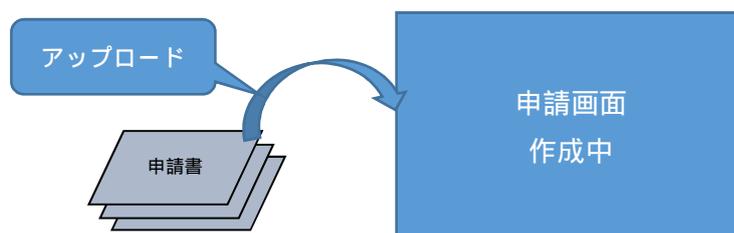
3.3.4.2 「Web 申請受付システム」による申請書等の提出（エクセルファイル）

3.3.4.2.1 利用者登録（エクセルファイル）

千葉県国民健康保険団体連合会ホームページよりリンクされる本事業専用の「WEB 申請受付システム」にアクセスし、メールアドレスを登録して、仮パスワードが送付された後、利用者登録を行ってください。

3.3.4.2.2 申請書等のファイル提出（エクセルファイル）

千葉県国民健康保険団体連合会の本事業専用の「WEB 申請受付システム」にアクセスし、「3.3.3 提出用ファイルの出力」にて出力された提出用のファイルを取り込んでください。



3.3.4.3 電子媒体（CD-R 等）による申請書等の提出（エクセルファイル）

「3.3.3 提出用ファイルの出力」にて出力された提出用のファイルを、CD-R 等の電子媒体に格納し、千葉県国民健康保険団体連合会に郵送してください。申請書等の受付期間は、毎月 15 日から月末までの間（末日が土日祝の場合は、その日前において最も近い土日祝以外の日、必着）となります。

最終受付締切は、令和3年2月26日（金）です。 期限必着

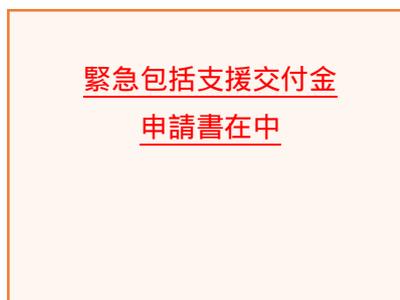
電子媒体（CD-R等）で千葉県国民健康保険団体連合会に郵送する際には、以下に注意してください。

- ・診療報酬請求のファイルとは、必ず別々の電子媒体（CD-R等）で提出してください。
- ・電子媒体（CD-R等）に、油性マジック等で「医療・感染拡大防止等支援事業」と記載した上で、「医療機関等コード」と「医療機関等名」を記載してください。
- ・送付用の封筒の表面に「緊急包括支援交付金申請書 在中」と朱書きするなどしてください。

（CD-R等）



（封筒）



申請書等提出先

〒263-8566

千葉県稲毛区天台6丁目4番3号

千葉県国民健康保険団体連合会

業務第一部 管理課 管理係

【 申請日】

記載を完了して、申請書等を提出する日を記載してください

申請日	2020/7/31
-----	-----------

青字；記載例

【 医療機関等コード】

都道府県番号 2 桁（千葉県は 1 2 ）、点数表番号 1 桁、郡市区番号 2 桁、医療機関等番号 4 桁、検証番号 1 桁の算用数字を組み合わせた計 10 桁の医療機関等コードを記載してください。

（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）	1	3	3	4	5	6	7	8	9	0
	都道府県 番号 （千葉県は 1 2）		点数表 番号 （ P 28 参照）	郡市区 番号		医療機関等 番号				検証 番号

（参考）別紙 都道府県番号一覧及び点数表番号一覧

【 施設名称】

申請する医療機関等の施設名称を記載してください。

施設名称	医療法人社団〇〇〇 病院
------	--------------

【 管理者職名】・【 管理者氏名】

申請する医療機関等の管理者の職名及び氏名を記載してください。

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

【 連絡先】

申請内容に疑義や不備等があった場合に、確認させていただく際の連絡先をご記載ください。

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
	部		03-xxxx-xxxx	@ .

【 所在地】

申請する医療機関等の郵便番号・都道府県・市区町村以降をご記載ください。

所在地	郵便番号							都道府県名	市区町村以降
	1	2	3	-	4	5	6	7	東京都

【 施設類型】

本事業では、施設類型によって 補助上限額が異なりますので、該当する施設類型につけてください。

施設類型	病院(医科、歯科)
	有床診療所(医科、歯科)
	無床診療所(医科、歯科)
	薬局、訪問看護ステーション、助産所

【 許可病床数】

施設類型において「病院」を選択した場合のみ、「記載必須項目」となります。令和2年4月1日時点の許可病床数を記載してください。

なお、令和2年4月1日以降に増床や新規開院をされた場合は、申請日の許可病床数を記載してください。

一般病床、療養病床、精神病床、感染症病床、結核病床の許可病床数の合計

原則として、令和2年4月1日現在の医療法上の許可病床数

許可病床数 (病院のみ記載)	300
-------------------	-----

【 補助上限額】

施設類型及び 許可病床数(病院の場合のみ)により、補助上限額が異なります。「病院」の場合は、「200万円+5万円×病床数」により補助上限額を計算して記載してください。「有床診療所(医科、歯科)」「無床診療所(医科、歯科)」「薬局、訪問看護ステーション、助産所」の場合は、該当する額につけてください。

a 補助上限額(円)	17,000,000	計算結果をご記載ください 2,000,000 + (50,000 × 病床数)
	2,000,000	
	1,000,000	
	700,000	

【 施設情報に関する確認】

施設類型及び 許可病床数(病院の場合のみ)に間違いがないことを確認し、「はい」を選択してください。

なお、記載に間違いがあり、本来の補助金額を超過して補助金が支払われた場合、超過分は返還対象となります。

施設類型及び許可病床数に間違いがない	はい	いいえ
--------------------	----	-----

【 口座情報に関する確認】

本事業では、国保連のシステムを活用した補助金の振込みを予定しておりますので、診療報酬の振込用に千葉県国民健康保険団体連合会に登録されている口座の状況について、ご記入ください。

なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみに用い、その他の目的で使用されることはありません。

- 千葉県国民健康保険団体連合会に登録されている口座の債権譲渡の有無(以下の(1) 又は(2) を選択)

(1) 千葉県国民健康保険団体連合会に登録されている口座が債権譲渡されていない場合は、「はい」を選択してください。「はい」を選択された場合は、以下の2点に関する同意欄にご記入ください。どちらか一方でも同意されない場合は、千葉県国民健康保険団体連合会のシステムを活用した補助金の振込みができなくなります。

ア「債権譲渡の有無に関する確認結果が都道府県に共有されることへの同意欄」

- 補助対象ではない債権譲渡先に補助金が渡ることを避けるため、千葉県国民健康保険団体連合会が保有している情報を用いて債権譲渡の有無に関して確認を行います。補助金交付過程において、その確認結果を都道府県に共有されることについて同意される場合は、「はい」を選択してください。

イ「国保連に登録されている口座情報を本事業の振込みに使用することへの同意欄」

- 診療報酬の振込用に千葉県国民健康保険団体連合会に登録されている口座情報を、本事業の振込みに使用することについて同意される場合は、「はい」を選択してください。

国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない。 (助産所コードのない助産所は、「いいえ」を選択してください)	はい	いいえ
---	----	-----

「はい」の場合

国保連合会による当該口座の債権譲渡の有無に関する確認結果が都道府県に共有されることに同意する	はい	いいえ
国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込みに使用することに同意する	はい	いいえ

(2) 千葉県国民健康保険団体連合会に登録されている口座が債権譲渡されている場合は、「いいえ」を選択してください。千葉県国民健康保険団体連合会に登録されている口座が債権譲渡されている場合は、千葉県国民健康保険団体連合会のシステムでの振込みができないため、「いいえ」を選択された場合は、債権譲渡されていない口座の情報を記載ください。なお、その場合、本補助金の振込みは都道府県（千葉県）から行われることになります。

債権譲渡されていない口座情報をご記載ください										
金融機関名		金融機関コード				支店名		支店コード		
預金種類 (フリガナ)		口座番号(左詰め)								
取引口座名										

【 他の補助事業に関する確認】

「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、本事業の補助金を受けることはできません。「いいえ」を選択した場合は、本事業の補助金は受けられません。

「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」の支援金について申請しておらず、申請する予定もない	はい	いいえ
--	----	-----

(参考)「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

対象医療機関 新型コロナ疑い患者の診療を行う救急・周産期・小児医療機関

支援金の額

- ・以下の額を上限として実費を補助
 - 99床以下 2000万円
 - 100床以上 3000万円
 - 100床ごとに 1000万円を追加
- ・新型コロナ患者の入院受入れ医療機関に対する上記の額への加算 1000万円

【 支出予定額】 / 【 収入予定額】 / 【 補助金交付申請額】

対象期間（令和2年4月1日から令和3年3月31日）に、支出が予定されている各対象科目の費用について概算額を、ご入力ください。

科目		支出予定額（円）	収入
支出	賃金・報酬	2,000.00	
	謝金	400.00	
	会議費	500.00	
	旅費	135.50	
	需用費	4,500.00	
	役務費	1,500.00	
	委託料	1,500.00	
	使用料及び賃借料	3,000.00	
	備品購入費	4,000.00	
	b 合計支出予定額	17,535.50	
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）			17,535,500
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）			17,000,000

【 支出予定額】
対象期間に支出が予定されている各対象科目の費用について、概算でご記載ください。
各医療機関等からの申請は1回限りですので、対象となる可能性のある費用について、漏れのないようご注意ください。

支出予定額の合計が補助交付申請額を超えても差し支えありません。（都道府県の審査において、一部補助対象と認められなかった場合なども考慮してください）

【 補助金交付申請額】
「a_補助上限額（円）」と「d_合計支出予定額-収入予定額（円）」のどちらか少ない額となります。

【 収入予定額】
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」円をご記載下さい。なお、合計支出予定額からこちらの額を差し引いた額が補助の対象費用になります。

各対象科目に該当する費用については、例えば、以下のようなものが考えられます。あくまで例であり、感染拡大防止対策に要する費用に限られず、院内等での感染拡大を防ぎながら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について、幅広く補助の対象経費となります。

ただし、「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」は対象外です。

- 【例】
- ・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
 - ・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
 - ・会議費；感染拡大防止の勉強会のための会場費 等
 - ・旅費；感染拡大防止研修のための医師派遣にかかる旅費 等
 - ・需用費；消耗品（マスクや消毒用アルコール等）費 等
 - ・役務費；職員の感染に係る保険料 等
 - ・委託料；施設内の清掃委託、洗濯委託、消毒委託、検査委託、感染性廃棄物処理委託、レイアウト変更のための委託費用 等
 - ・使用料及び賃借料；寝具リース料 等
 - ・備品購入費；HEPA フィルター付き空気清浄機の購入費 等

【 支出予定に関する確認 】

支出予定額の「賃金・報酬」に、本事業の対象とはならない「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」が含まれていないことの確認です。含まれていないことを確認した場合は、「はい」を選択してください。

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	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
--	-------------------------------------	---------------------------

3.4.1.2 申請書（紙媒体）の記載

「様式 1 申請書」の「記載必須項目」について、記載してください。

【記載必須項目】

申請日

宛先(医療機関等の所在地の都道府県知事)

所在地/施設名/代表者名

申請額

「様式 2-2 事業実施計画書」で計算された補助金交付申請額をご記載ください。

The image shows a sample of a grant application form. Red circles highlight the following information:

- The date: 令和2年7月31日
- The recipient: 東京都知事 殿
- The applicant: 東京都中央区日本橋〇-〇-〇 医療法人社団〇〇〇 △△△病院 病院長 〇〇〇〇
- The application amount: 1 申請額 全17,000,000円
- The purpose of the grant: 2 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（区市機関・基層等における感染拡大防止等の支援）に関する事業実施計画書

3.4.2 申請書等の提出（紙媒体）

記載した「様式 1 申請書」と「様式 2-2 事業実施計画書」を同封して、千葉県国民健康保険団体連合会に郵送してください。申請書等の受付期間は、毎月 15 日から月末までの間(末日が土日祝の場合は、その日前において最も近い土日祝以外の日、必着)となります。

最終受付締切は、令和3年2月26日(金)です。 期限必着

送付用の封筒の表面に「緊急包括支援交付金申請書 在中」と朱書きするなどしてください。

(封筒)

緊急包括支援交付金
申請書在中

申請書等提出先

〒263-8566

千葉市稲毛区天台 6 丁目 4 番 3 号

千葉県国民健康保険団体連合会

業務第一部 管理課 管理係

3.5 補助金の交付決定

千葉県国民健康保険団体連合会に提出された申請書等について、都道府県（千葉県）が内容を確認します。補助金の交付決定が行われた場合、都道府県（千葉県）から、医療機関等に交付決定通知が送付されます。

3.6 補助金の振込み

医療機関等への補助金の振込みは、原則として、千葉県国民健康保険団体連合会から行われます。千葉県国民健康保険団体連合会から医療機関等に振込通知が送付された上で、診療報酬の振込用に登録されている医療機関等の口座に補助金が振り込まれます。

他方、千葉県国民健康保険団体連合会に登録されている医療機関等の口座が債権譲渡されている場合など、千葉県国民健康保険団体連合会から振込みを行えない医療機関等については、都道府県（千葉県）から、「様式 2-1 又は 2-2 事業実施計画書」に記載された口座に補助金が振り込まれます。

なお、医療機関等への補助金の振込みは、最速で、千葉県国民健康保険団体連合会における申請書等の受付の翌月下旬となる予定です。

4 . コールセンター

【事業に関する一般的な問い合わせ】

厚生労働省医政局 新型コロナ緊急包括支援交付金コールセンター

- ・電話番号 0120-786-577
- ・受付時間 平日の9時30分～18時

千葉県慰労金支援金総合窓口

- ・電話番号 0570-080-035
- ・受付時間 平日の9時00分～17時

【オンライン請求システムやWEB申請受付システムなど、医療機関等の申請時のシステムに関する問い合わせ】

公益社団法人国民健康保険中央会 オンライン請求ヘルプデスク

- ・電話番号 0120 - 041 - 422 (フリーダイヤル)
- ・受付時間 平日の8時00分～17時
7月は平日・土日・祝日含む 8時00分～21時
8月は平日の8時00分～21時
- ・受付期間 毎月15日～月末

公益社団法人国民健康保険中央会 Web申請受付システムヘルプデスク

- ・電話番号 0120 - 781 - 257 (フリーダイヤル)
- ・受付時間 平日の8時00分～17時
7月は平日・土日・祝日含む 8時00分～21時
8月は平日の8時00分～21時
- ・受付期間 毎月15日～月末

医療機関コード；都道府県番号一覧

都道府県	コード	都道府県	コード	都道府県	コード
北海道	01	石川県	17	岡山県	33
青森県	02	福井県	18	広島県	34
岩手県	03	山梨県	19	山口県	35
宮城県	04	長野県	20	徳島県	36
秋田県	05	岐阜県	21	香川県	37
山形県	06	静岡県	22	愛媛県	38
福島県	07	愛知県	23	高知県	39
茨城県	08	三重県	24	福岡県	40
栃木県	09	滋賀県	25	佐賀県	41
群馬県	10	京都府	26	長崎県	42
埼玉県	11	大阪府	27	熊本県	43
千葉県	12	兵庫県	28	大分県	44
東京都	13	奈良県	29	宮崎県	45
神奈川県	14	和歌山県	30	鹿児島県	46
新潟県	15	鳥取県	31	沖縄県	47
富山県	16	島根県	32		

医療機関コード；点数表番号一覧

点数表	コード
助産所	0
医科	1
歯科	3
調剤	4
訪問看護	6