

様式1

令和 2 年 8 月 25 日

「様式2-2で記載した  
申請日」を記載します。

神奈川県知事 殿

「神奈川県知事」と  
記載します。

所在地； 横浜市神奈川区●—●  
施設名称； 保険医クリニック  
代表者名； 保険医 一郎

様式2-2で記載した  
「施設名称」  
「管理者職名」  
「管理者氏名」を記載します。

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）の交付申請書

標記について、次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。

1 申請額 金 1,000,000 円

2 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）に関する事業実施計画書

以下、表明・確約書

当施設の役員は、現在および将来にわたって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2条第4号に定める暴力団員等に該当しないことを、表明・確約します。

また、神奈川県警察本部長に対して、当施設の役員が、暴力団員等に該当しないことの照会を行うことについて、本人同意のもとに同意します。

様式2-2裏面に記載した  
「補助金交付申請額(円)」  
を記載します。

様式2-2 (「様式2-1」は、オンライン請求システム・WEB受付申請システム・電子媒体(CD-R)申請用であり、どちらか一方のみ提出)

【表面】 事業計画書 医療機関・薬局等における感染拡大防止策

施設概要

申請日	令和2年8月27日	医療機関等 コード (10桁)	1 4 1 1 2 3 4 5 6 7	施設名称	保険医クリニック
管理者職名	院長	管理者氏名	保険医 一郎		
連絡先	担当部署	担当者氏名	保険医 一郎	連絡先電話番号	045-111-1111
				連絡先メールアドレス	abc@denet.ne.jp
所在地	郵便番号	都道府県名	神奈川県	市区町村以降	横浜市神奈川区●-●

- 頭の3桁は、医科の医療機関は「141」、  
歯科の医療機関は「143」です。
- 後ろの7桁は、保険請求で使う医療機関  
コードをご記入ください。

施設類型について、該当するものに○してください。

施設類型	病院 (医科、歯科)		計算結果をご記載ください 2,000,000 + (50,000 × 病床数)
	有床診療所 (医科、歯科)		2,000,000
	<b>無床診療所 (医科、歯科)</b>	<input checked="" type="radio"/>	1,000,000
	薬局、訪問看護ステーション、助産所		700,000

「無床診療所(医科・歯科)」  
に○をつけます。

施設類型及び許可病床数に間違いがない

はい  いいえ

施設類型及び許可病床数に間違いがない場合は、左の横で「はい」を選択して下さい。  
間違いがあり本件の情報と異なっている場合は、お問い合わせください。お問い合わせは、受付日以後の受付となります。

口座情報

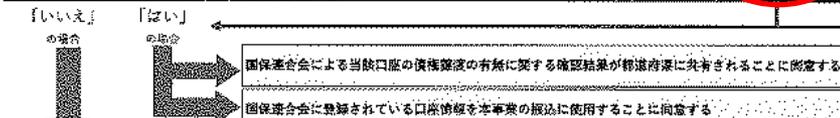
以下の質問について、「はい」もしくは「いいえ」どちらかに○してください。

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。  
(助産所コードを有さない助産所は、「いいえ」を選択してください)

はい  いいえ

債権譲渡されておらず、国保連合会に登録されている口座への補助金の振込ができませんので、債権譲渡されていない口座の情報を提出してください。国保連合会に登録されている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ご留意ください。

通常は「はい」に○をつけます。



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	店コード
預金種類 (フリガナ)	口座番号 (左詰め)		
取引口座名			

「はい」に○をつけます。

裏面へ続く (必ず裏面も記載してください)

【裏面】 事業計画書 医療機関・薬局等における感染拡大防止等の

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

「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

通常は「はい」に○をつけます。

※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。

事業費用

【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】

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、ご記載ください。感染拡大防止対策に要する費用に限らず、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に要する費用も対象となります。令和2年4月1日から令和3年3月31日までにかかる費用が対象となりますので、支出済みの費用だけでなく、申請日以降に発注した場合、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上を回るときは、その上回る額を返還していただくこととなります。

科目	支出予定額(円)	収入予定額(円)
資金・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	1,000,000	
b_合計支出予定額	1,000,000	
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		0
d_合計支出予定額-収入予定額(円) (b-c)	1,000,000	
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))	1,000,000	

- 「概算払」での申請なので、ここに記入するのはあくまで「目安」です。後で精算することになるため、現時点で想定される金額をそれぞれご記入ください。
- 1回限りの申請のため、ゆとりをもった金額をご記入ください。場合により、多めに見積もることもご検討ください。
- 「b. 合計支出予定額」は100万円を超えても問題ありません。ただし、**補助金交付申請額(円)に記入できるのは100万円が上限**である点にご注意ください。

通常、1つのものに対して複数の助成制度から助成金は出ません。それを確認の上、特に問題なければ、ここは「0」と記入します。

通常は「はい」に○をつけます。

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、本事業の対象外です。ご注意ください。

対象期間に支出が予定されている各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。