

！緊急！

広島市歯科医師会だより

号外

一般社団法人広島市歯科医師会

(R3.2.15)

「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」について

令和2年度第三次補正予算により、新型コロナウイルス感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金について決定されました。（国による直接執行です。）年度内の執行期間が非常に短いので、期限内に申請できるように努めましょう！

【概要】

※目的

医療機関・薬局等における感染拡大防止対策等に要する費用を補助することにより、それぞれの機能・規模に応じた地域の役割分担の下で、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ことができる体制の確保を図る。

※交付対象

院内等で感染拡大を防ぐための取組を行う保険医療機関

※対象経費

令和2年12月15日から令和3年3月31日までにかかる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

※補助基準額 (上限額)

25万円（無床診療所（医科・歯科））

※申請書の提出

厚労省へ郵送：

令和3年2月4日～2月28日（当日消印有効）

【対象経費】

令和2年12月15日から令和3年3月31日までにかかる感染拡大防止対策や診療体制確保等に要する費用
(※従前から勤務している者及び通常の医療提供を行う者に係る人件費は除く)

補助対象となりうる経費の例

科目	具体例
需用費	<ul style="list-style-type: none">・ 日常業務に要する消耗品費（固定資産に計上しないもの）・ 日常診療に要する材料費（衛生材料、消毒薬など） ※直接診療報酬等を請求できるものは対象外・ 換気のための軽微な改修（修繕費）・ 既存の施設・設備に係る保守・メンテナンス料・ 水道高熱費、燃料費
役務費	<ul style="list-style-type: none">・ 電話料、インターネット接続等の通信費・ 休業補償保険等の保険料・ 医療施設・設備に係る火災保険、地震保険、動産保険の保険料・ 受付業務や清掃の人材派遣料で従前からの契約に係るもの
委託料	<ul style="list-style-type: none">・ 受付事務や清掃の外部委託費で従前からの契約に係るもの・ 日常診療に要する検査外注費 ※ 直接診療報酬等を請求できるもの以外
使用料 及び賃借料	<ul style="list-style-type: none">・ 既存の診療スペースに係る家賃・ 既存の医療機器・事務機器のリース料

※ 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、**幅広く対象**となります。



【申請方法】

国が直接交付を行う事業となっているため、申請先は国（厚生労働省）となります。

* 申請書様式のダウンロード（申請書記載例も掲載）

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_16443.html

※必要書類

（①②③は上記HPからダウンロードしてください。
Excelファイルになっており、Excel上で記載するようになります。）

【申請する経費の支出が全て終わっている場合】

- ① 交付申請書（第5号様式）
- ② 申請書の別紙
- ③ 厚生労働省への請求書
- ④ 申請する経費に係る領収書等の支出額が分かるもの（写し）

※必要事項は申請書別紙より自動転記されますので、**別紙から**ご記入ください。

【申請する経費の支出が終わっていない場合】

- ① 交付申請書（第3号様式）
- ② 申請書の別紙
- ③ 厚生労働省への請求書

実績報告書等作成の手間がかかるので、出来る限り上記の支出が終わった経費で申請しましょう。

※事業終了後に**実績報告が必要**となります。領収書等の証拠書類は保管しておき、事業（支出）が終わった日から**1か月以内又は令和3年4月10日のいずれか早い日までに事業実績報告書を提出**してください。（上記HP参照）

※申請書等の提出

郵送してください。



住所: 〒119-0397 銀座郵便局留

宛先: 厚生労働省 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担当 宛

※提出期限

令和3年2月28日（当日消印有効）

令和2年度事業の申請期限に申請が間に合わない医療機関等への対応は令和3年度に実施予定です。（令和2年度事業の補助を受けた医療機関等は、令和3年度実施分では対象外となります。）

【申請書記載例】

① 交付申請書（第5号様式）

必要事項は、**交付申請書別紙より自動転記**されますので、別紙から記入してください。転記された内容に間違いがないか確認し、必要に応じて、添付文書の記載を修正や追加してください。また、文書番号の発番が必要な場合のみ日付の上に記載してください。

第5号様式

交付申請書（別紙）の72行目の「上記「支出額」について、全ての支払が完了している。」への回答によって表示される様式番号が以下の通り異なります。

「いいえ」の場合；第3号様式
「はい」の場合；第5号様式

歯第〇〇-〇号
令和3年2月4日

厚生労働大臣 殿

交付申請書（別紙）の72行目の「上記「支出額」について、全ての支払が完了している。」への回答によって表示される書類の名称が、以下の通り異なります。

「いいえ」の場合；「-----」の交付申請書
「はい」の場合；「-----」の精算交付申請書

広島県広島市
〇〇区〇〇町
〇番〇号
〇〇歯科医院
院長 〇〇
〇〇

「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」の精算交付申請書

標記について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて申請する。

1 国庫補助申請額 金 250,000円

2 交付申請書（別紙）

3 添付書類

添付書類の内容に修正が必要な場合は、修正や追加をしてください。

- ・都道府県から交付された「診療・検査医療機関（仮称）」の指定通知書
- ・領収書等の証拠書類

②申請書の別紙

医療機関等コードは、必ず10桁で入力してください。

必須項目に未入力の項目がある場合等は注意書きが表示されます。ここに注意書きが表示されたまま申請されると、記載不備となり補助が受けられない可能性がありますので、ご注意ください。

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	<small>(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)</small>		<令和2年度用>
I. 基本情報			
(1) 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)			
代表者職名		代表者氏名	
連絡先	担当部署	担当氏名	
所在地	郵便番号		
施設類型(フルタウンから選択)	許可病床数	施設類型及び許可病床数に間違いがない	

未入力の項目があります。

「広島県」・「歯科」の医療期間の場合、通常使用される7桁の医療機関コードに、「34(広島県)」・「3(歯科)」を加えて「343○○○○○○○○」となります。

必須項目(黄色のセル)すべてに入力をして下さい。入力するとセルの色が白色になります。※入力内容によって必須項目は異なります。

希望される補助金の振込先を記入してください。

自動計算で記入されます。

各科目に該当する費用について、内容と支出額を記入して下さい。支出予定のない科目については内容に「なし」、支出額に「0」を記入して下さい。

「はい」の場合は、領収書(写し)等の証拠書類の添付が必要になります。「いいえ」の場合は、事後に実績報告が必要となりますので、領収書等の証拠書類は保管しておいてください。

都道府県の指定を受けた「診療」			
(2) 他補助金の受給状況			
「インフルエンザ流行期における小児医療機関体制確保事業」			
「インフルエンザ流行期における申請に用いた許可病床数と本			
a. 「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」※の補助基準額(上限額)(円)		非該当	
「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、当該事業※の補助基準額(上限額)が「25万円+5万円×許可病床数」より低い場合、差額分が本事業の補助基準額(上限額)になります(※②に表示されます)。 ※なお、「インフルエンザ流行期における救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」において、新型コロナウイルス感染症入院患者受入割当医療機関(重点医療機関、協力医療機関)その他の都道府県が新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の入院受入れ			
b. 本事業の補助基準額(上限額)(円)		0	
c. 本事業の補助基準額(上限額)(円)(b-a) ただし、b-aが「0」以下の場合は、「0」		非該当	
II. 補助金の振込先			
金融機関名	金融機関コード	支店名	支店コード
預金種類 1:普通 2:当座 6:別段 (フリガナ)			
取引口座名			
III. 申請内容 <u>本事業により支出する内容・金額(見込み)を下記の</u>			
事業開始日	事業		
科目	内容(各科目の内容を30字程度で記入ください。支出予定のない科目には「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		
	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		
	d. 合計支出額(総事業費)		
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		
f. 合計支出(予定)額-収入(予定)額(円)(d-e) ただし、d-eが「0」以下の場合は、「0」		0	
補助申請額(円)(b又はcとのいずれか少ない額) 【1000円未満切捨】		0	
上記「支出額」について、全ての支払が完了している。			
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補助金の申請内容等に関する都道府県への確認について同意されない場合は申請できませんので、ご確認ください。			
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		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、本事業の補助対象外です。	

③厚生労働省への請求書

交付申請書別紙より**自動転記されます**ので、転記された内容に間違いがないかご確認ください。（間違いがあった場合は、交付申請書別紙を修正してください。）
間違いがないこと確認の上、代表者印を押印してください。

請 求 書

「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」について、下記の通り請求します。

金 250,000 円

なお、上記金額は次の口座へお振り込みください。

金融機関名	△△銀行	支店名	●●支店
預貯金種別	1	口座番号	11111111
(フリガナ)	マルマルシカイイン		
口座名	〇〇歯科医院		
郵便番号	〒731-〇〇〇〇		
住所	広島県広島市〇〇区〇〇町〇番〇号		
交付申請 交付請求	令和3年2月4日		

補助事業者
名

〇〇歯科医院

代表者名

〇〇 〇〇 印

官 署 支 出 官
厚生労働省大臣官房会計課長 殿

押印

④申請する経費に係る領収書等の支出額が分かるもの（写し）参考様式

領収書が発行されない場合は、請求書（写し）と納品書（写し）を合わせて貼付する、もしくは納品書（写し）と合わせて当該費用に関する部分の通帳の写しを添付する等、納品と支払いが確認できる書類を添付してください。

参考様式

領収書等貼付用紙 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											
医療機関等 コード（10桁）											施設名称
補助申請額 (交付申請書（別紙）からの転記)	0		領収書等の合計額								

交付申請書（別紙）のⅢ.申請内容に記載した支出額について、すべての支払が完了している場合にこの様式に領収書（写し）等の証拠書類を添付してください。
 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12月15日から令和3年3月31日）に、支出した額がわかる書類（領収書等）の写しを貼付して下さい。
 領収書等（写し）を本用紙1枚に貼付しきれない場合は、本用紙を複数枚印刷して、領収書（写し）を貼付して下さい。
 A4サイズ以上の領収書等について、本用紙に貼付するのではなく、クリップなどでまとめて添付してください。

（領収書（写し）は、こちらの線より下に貼付してください。 ※記載されている貼付例や注意事項と重ねて貼付しても差し支えありません。）

貼付例

- ・領収書の一部が補助対象の場合

領収書	
A病院様	金額 ¥〇〇〇,〇〇〇(税込)
株式会社××××	
内訳	

- ・一部補助対象期間以外の費用も含んでいる場合

領収書		月数で按分し、2021年1月から2021年3月分の費用 ¥××××を交付申請する
A病院様	金額 ¥一、一、一、一(税込)	株式会社???
〇〇リース代	2021年1月～2021年12月分	
- ・領収書が発行されない場合

納品書	
A病院様	金額 ¥〇〇,〇〇〇(税込)
株式会社×××	
内訳	

請求書	
A病院様	金額 ¥〇〇,〇〇〇(税込)
株式会社××××	

領収書のうち一部のみが対象の場合は、該当箇所が判るように印をつけてください。

補助対象期間以外も含んでいる場合は、按分するなどして申請（もしくは実績報告）を行う対象期間と申請額を追記してください。

※領収書（写し）に追記できない場合は、本用紙（貼付した領収書（写し）の近く）に直接追記してください。

【補助金の交付決定等】

審査の結果、補助金の交付が決定された医療機関等には「**交付決定通知書**」が郵送されるとともに、請求書に記載の金融機関へ補助金が振込まれます。

- ※ 申請書受付から振込までは、申請書に不備がない場合、おおむね1か月程度の見込みです。それ以上連絡がない場合には、下記コールセンターまでお問い合わせください。

申請に関する相談等連絡先（問合せ先）
厚生労働省医療提供体制支援補助金コールセンター
電話：0120-336-933
（平日9:30～18:00）

【留意事項】

- ※同一の物品等に対して本補助金と他の補助金を重複して受けとることはできません。二次補正予算の100万円の補助等の申請と重複しないようご注意ください。
- ※本補助金の申請は1回限りですので、申請漏れ等ないように確認をお願いします。