申請はお済みですか？

新型コロナウイルス感染症

税経通信

感染拡大防止等支援金

申請の手順

概算交付と精算交付の２種類の方法がありますが、10 月 20 日現在、概算交付のみ申請ができます。申請は１回きりです。概算交付で上限額以上の支出予定額を計上して、上限額を申請することをお勧めします。

毎月15日～月末（申請）

作成した申請書（様式１、様式 2-1 または様式 2-2）を提出する（オンライン・WEB・郵送）

紙媒体・電子媒体の郵送先

461-0001　名古屋東片端郵便局留
（461-8532　名古屋市東区泉１丁目６番５号）
愛知県国保連　医療機関等慰労金・支援金受付　宛
「緊急包括支援交付金申請書（支援金）　在中」

翌月中旬～月末

「交付決定通知書」　到着

国保連から診療報酬振込口座に入金

実績報告

実績報告書、領収証等を愛知県に提出することになっているが、10 月 20 日現在、様式や提出期限等は示されていない。

問合せ

愛知県保健医療局 医療機関等慰労金・支援金事務局コールセンター
（平日９時～１７時）
052-684-7180

申請書作成のサポート承ります
協会税経部　052-832-1355

各対象科目に該当する費用については、以下のようなものが考えられる。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る。

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」は対象外となる。

- 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

上記の支出に対して、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」円を入力する。ここに金額を記載した場合は、合計支出予定額からその額を差し引いた額が補助対象費用になる。

支援金：無床診療所上限額100万円、有床診療所上限額200万円
対象経費：４月1日～２０２１年３月３１日までに実施した新型コロナ感染拡大防止対策等に要する費用
申請受付：毎月15日～月末（２０２１年２月２８日まで）

申請方法

申請書等は愛知県のホームページから入手できます

愛知県 感染防止 補助金

愛知県保険医協会ホームページ

申請書等は協会ホームページからも入手できます。愛知県のホームページにリンクします。協会作成の申請マニュアル・記載見本・Ｑ＆Ａも掲載しています。ご活用ください。

原　則	オンライン請求システム未導入の場合	インターネット環境未対応の場合	電子媒体による提出が困難な場合
オンライン請求システムで申請	WEB 申請受付システムで申請	電子媒体（CD-R 等）で申請	紙媒体で申請

エクセルで申請書等を作成　　紙媒体で申請書等を作成

インターネットから申請書が入手できない場合は、コールセンターに請求すると紙媒体の申請書が郵送されます。協会からお送りすることもできます。

様式2-2（紙申請書記入例：無床診療所）※様式2-1は電子申請用

都道府県番号 愛知県は「２３」

医科は「１」、歯科は「３」

医療機関番号（７桁）

様式2-2（「様式2-1」は、オンライ…CD-R…申請用で…事業実施計…上等支援事業　紙申請用

申請日	令和2年10月25日	医療機関等コード（10桁）	２３１１２３４５６７	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 太郎		

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
	院 長	保険医 太郎	052-832-1355	▲▲▲@□□.□.□

所在地	郵便番号	都道府県名	市区町村以降
	４６６－８６５５	愛知県	名古屋市昭和区妙見町19-2

施設類型について、該当するものに○してください。　※ 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

施設類型		許可病床数※（病院のみ記載）		計算結果をご記載ください 2,000,000＋(50,000×病床数)
	病院（医科、歯科）			
	有床診療所（医科、歯科）		a_補助上限額（基準額）	2,000,000
	無床診療所（医科、歯科）			1,000,000 ← a_補助上限額
	薬局、訪問看護ステーション、助産所			700,000

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、左の欄で「はい」を選択して下さい。※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。

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　債権譲渡されていない場合は、「はい」を選択して下さい。債権譲渡されている場合は、国保連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いただく必要があります。

「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する必要があります。

国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込に使用することに同意する　はい　いいえ　同意いただける場合は、「はい」を選択して下さい。

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　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、重複して受けられませんので、ご留意ください。

事業費用

	科目	支出予定額（円）	収入予定額（円）
支出	賃金・報酬	0	
	謝金	0	
	会議費	0	
	旅費	0	
	需用費	1,000,000	
	役務費	0	
	委託料	0	
	使用料及び賃借料	0	
	備品購入費	1,000,000	
	b_合計支出予定額（総事業費）	2,000,000	
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		500,000
d _合計支出予定額-収入予定額（円）（b-c）		1,500,000	
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	

申請時に計上した対象経費と実績報告時の対象経費は変わっても問題ありません。

予定額は概算で記入します。100万円以上になるように計上しましょう（無床診療所の場合）。

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　いいえ