

【記載例】交付申請書（無床診療所）

令和 3 年 9 月 15 日

厚生労働大臣 殿

所在地	愛知県名古屋市昭和区妙見町19-2
施設名称	保険医クリニック
代表者名	保険医 太郎

「令和3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」の交付申請書

	申請する補助対象経費に申請日以降に支払いが見込まれる費用が含まれている「概算交付申請」である。
✓	申請する補助対象経費の支払いは全て完了している「精算交付申請」である。

↑ いずれかにチェック

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

・領収書等の証拠書類(領収書等貼付用紙)

上記の✓が「概算交付申請」の場合は、記入不要（添付不要）です

【記載例】交付申請書（別紙）（無床診療所）

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3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 9 月 15 日

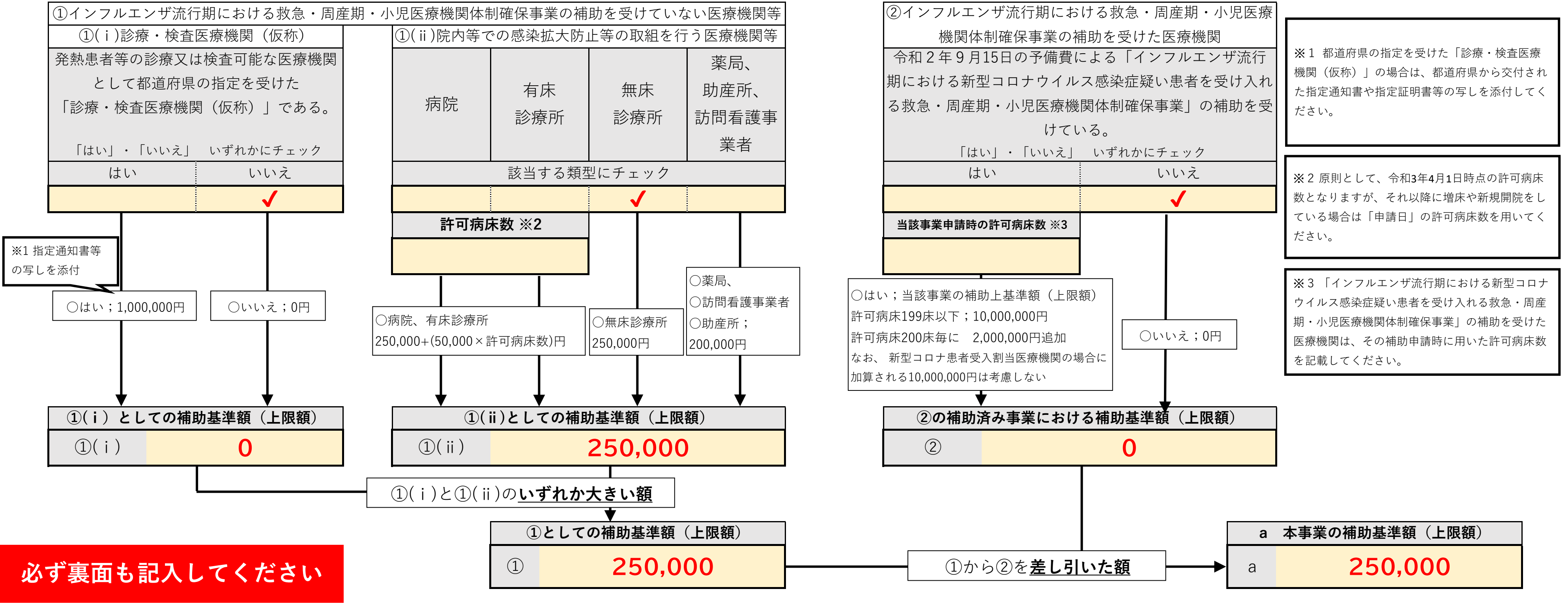
I. 基本情報

(1)施設概要

医療機関等コード（10桁）	2	3	1	医療機関コード（7桁）	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	連絡先メールアドレス				
	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

「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」による補助を受けていない	はい	いいえ	左記の補助金による補助を受けた医療機関等は、原則として本補助金の対象外となります。左記の補助金による補助を受けた医療機関で、左記補助金の申請日以降に新たに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、申請様式が異なりますのでご注意ください。
---	----	-----	--

(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。



【記載例】交付申請書（別紙）（無床診療所）

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3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	1	1	1	(フリガナ) ホケンイクリニック ホケンイ タロウ 保険医クリニック 保険医 太郎	

III. 申請内容 ※本事業により支出する内容・金額（見込む）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 8 月 20 日	事業終了日	令和 3 年 9 月 10 日
-------	-----------------	-------	-----------------

	科目	内容（※各項目を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） （支出（予定）のない科目は「0」と記入してください。）	収入額（円） （収入（予定）のない場合は「0」と記入してください。）
支出	賃金・報酬	なし	0	○「精算交付申請」の場合：支出し実績を記載し、領収書等貼付用紙にその領収書等を貼り付け提出します。 ○「概算交付申請」の場合：支出予定の経費を概算で計上します。「実績報告」の際の対象経費は、申請時に計上した項目と変わっていても差し障りありません。 ○消費税込みの金額で計上します。
	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	

上記「支出額」について、全ての支払が完了している。	はい	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	はい	いいえ
上記「支出額」に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。	はい	いいえ
本事業の申請書、実績報告書等の審査・確認過程で、他の補助金の申請書、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。	はい	いいえ

「はい」/「いいえ」のいずれかに「○」をつけてください。

【記載例】領収書等貼付用紙

※概算交付申請の場合、申請時には提出不要です。「実績報告」の際に作成して提出します。領収書等の証拠書類は保管しておいてください。

参考様式

○1-2桁目 都道府県番号： 愛知県は「23」

○3桁目 点数表番号： 医科は「1」、歯科は「3」

領収書等貼付用紙_令和3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）	2	3	1	医療機関コード（7桁）	施設名称	保険医クリニック
補助申請額 （交付申請書（別紙）からの転記）	250,000			領収書等の合計額	286,000	

交付申請書(別紙)の「b 合計支出額(総事業費)」の金額

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。

対象期間（令和3 年4 月1日から令和 3 年9月30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）を貼付してください。

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

領収書の内、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るなどしてください

・一部補助対象期間以外の費用も含んでいる場合

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。

領収書

A病院 様

金額 ￥一ー,一ー一（税込）

株式会社▶▶▶

〇〇リース代

2021年1月～2021年12月分

月数で按分し、2021年4月から2021年9月分の費用 ￥××××を交付申請する

・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××××

領収書が発行されない場合は、請求書（写し）と納品書（写し）を合わせて貼付していただく等、納品と支払が確認できる書類を添付してください。

内訳

請求書

A病院 様

金額 ￥〇〇,〇〇〇（税込）

株式会社××××

1. 「貼付例」を参考に、補助対象期間内(2021年4月1日～9月30日)に購入した物品や、その期間が適用となっている支払の「領収書等の写し」を貼り付けて下さい。年払いの委託料や賃料、保険料など補助対象期間以外に支払った領収書等でも、対象期間内にかかる支払額を按分して計上することができます。
2. レシートや通帳(口座名義が分かる部分も添付)、振込明細等の写しの貼付でもよいです。
3. 「領収書等の写し」に、支出内容の具体的な記述がない場合は、余白等にその購入品目や支出内容(例えば、●月●日～●月●日までの家賃)、支払先、対象の支払金額を記入します。レシート等、医療機関名の記載のない場合は、医療機関のゴム印を押すなどして医療機関名を明記して下さい。
4. 家賃や委託料などは、「賃貸借契約書」「委託契約書」等の提出を求められる場合があります。
5. 貼付する領収書等が多いため、「領収書等貼付用紙」が複数枚になる場合は、ホッチキス等でまとめて提出して下さい。

【記載例】交付申請書（新たに「診療・検査医療機関」の指定を受けた医療機関）

令和2年度事業の申請日以降に新たに「診療・検査医療機関（仮称）」の指定を受けた医療機関

令和 3 年 9 月 15 日

厚生労働大臣 殿

所在地	愛知県名古屋市昭和区妙見町19-2
施設名称	保険医クリニック
代表者名	保険医 太郎

「令和3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」の交付申請書

	申請する補助対象経費に申請日以降に支払いが見込まれる費用が含まれている「概算交付申請」である。
✓	申請する補助対象経費の支払いは全て完了している「精算交付申請」である。

↑いずれかにチェック

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 750,000 円
- 2 交付申請書（別紙）
- 3 添付書類

・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(領収書等貼付用紙)

上記の✓が「概算交付申請」の場合は、記入不要（添付不要）です

【記載例】交付申請書（別紙）（新たに「診療・検査医療機関」の指定を受けた医療機関）

別紙

令和2年度事業の申請日以降に新たに「診療・検査医療機関（仮称）」の指定を受けた医療機関

黄色セル部分に記載をお願いいたします

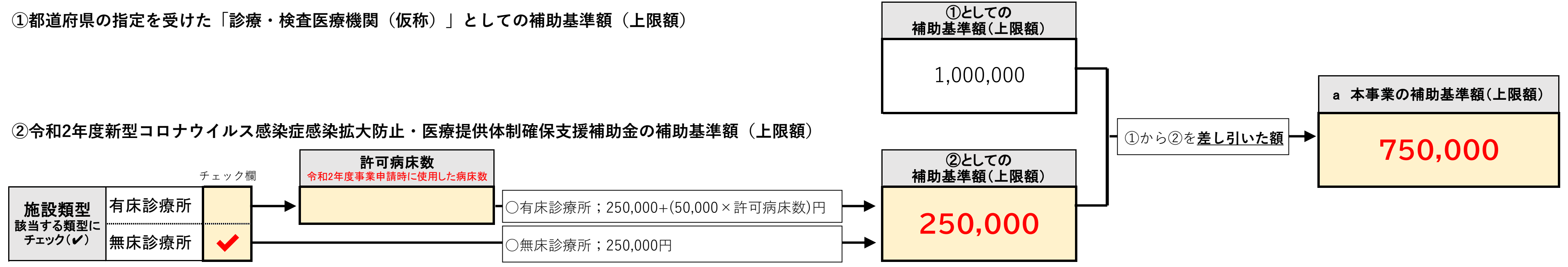
【表面】 交付申請書（別紙）_令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金

申請日	令和3年9月15日	○1-2桁目 都道府県番号：愛知県は「23」 ○3桁目 点数表番号：医科は「1」、歯科は「3」		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 ○10桁目；検証番号	
I. 基本情報 (1)施設概要					
医療機関等コード（10桁）	231 医療機関コード（7桁）			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
	466-8655			愛知県	名古屋市昭和区妙見町19-2
「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」による補助を受けている。				はい いいえ	
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申請日以降に新たに都道府県の指定を受けた「診療・検査医療機関（仮称）」である。※1				はい いいえ	

※1 都道府県から交付された指定通知書や指定証明書等の写しを添付してください。

「はい」/「いいえ」のいずれかに「○」をつけてください。
いずれかが「いいえ」の医療機関が、本補助事業に申請する場合は、申請書（別紙）の様式が異なるのでご注意ください。

(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。



必ず裏面も記入してください

【記載例】交付申請書（別紙）（新たに「診療・検査医療機関」の指定を受けた医療機関）

別紙

黄色セル部分に記載をお願いいたします

令和2年度事業の申請日以降に新たに「診療・検査医療機関（仮称）」の指定を受けた医療機関

【裏面】 交付申請書（別紙）_令和3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	1	(フリガナ) 取引口座名	ホケンイクリニック ホケンイ タロウ 保険医クリニック 保険医 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 5 月 1 日		事業終了日	令和 3 年 8 月 31 日	
	科目	内容（※各 30字程度で記入ください。支出予定のない科目には「なし」を記入してください。）	支出額（円） (支出（予定）のない科目は「0」と記入してください)	収入額（円） (収入（予定）のない場合は「0」と記入してください)	
支出	賃金・報酬	なし	0	○「精算交付申請」の場合： 支出し実績を記載し、領収書等貼付用紙にその領収書等を貼り付け提出します。 ○「概算交付申請」の場合： 支出予定の経費を概算で計上します。「実績報告」の際の対象経費は、申請時に計上した項目と変わっていても差し障りありません。 ○消費税込みの金額で計上します。	
	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	税理士顧問料	200,000		
	使用料及び賃借料	家賃	400,000		
	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）				
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」			886,000		
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】			750,000		
上記「支出額」について、全ての支払が完了している。		はい	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。	
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	「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。		はい	いいえ		
本事業の申請書、実績報告書等の審査・確認過程で、他の補助金の申請書、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。		はい	いいえ		

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