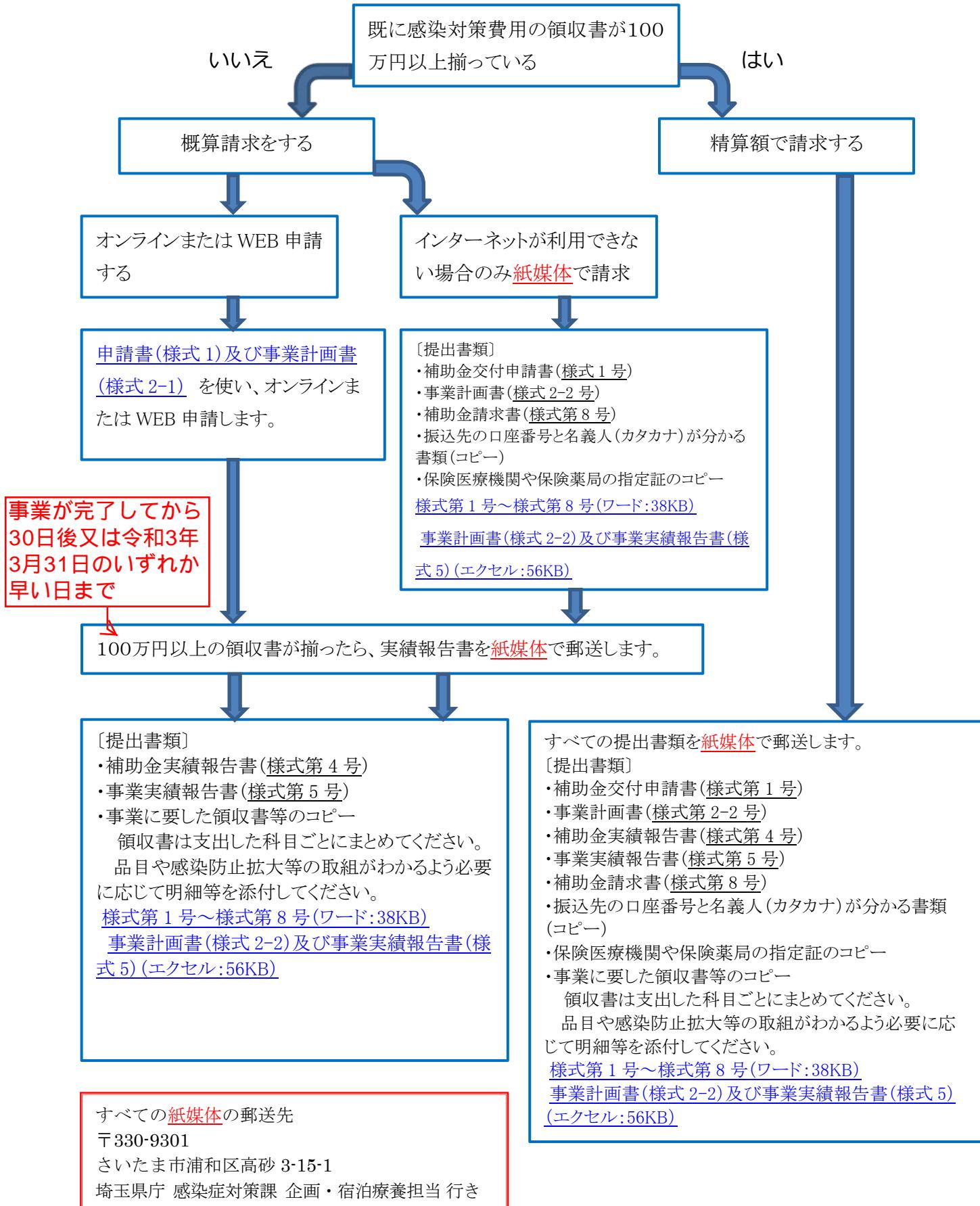


「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」申請フローチャート

※診療報酬用振込口座が差押え等されておらず、公立ではない歯科医院が対象のフローチャートです。



概算請求の報告書について

<http://www.pref.saitama.lg.jp/a0710/koubo/hojyokin.html> このリンクにすべて記載されています。

7 「6 (1) 概算払」の申請で手続を行なった場合の実績報告書について

○補助事業者は、事業が完了してから 30 日後又は令和 3 年 3 月 31 日のいずれか早い日までに、埼玉県あてに補助金実績報告書等関係書類の郵送が必要になります。

○その際に交付額より実績額が下回っていた場合は、その差額を埼玉県に返還することになりますので御注意ください。

※ 具体的な申請手順は、「[医療機関等の申請マニュアル \(PDF : 3,095KB\)](#)」を御確認ください。

[提出書類]

- ・補助金実績報告書（様式第 4 号）
- ・事業実績報告書（様式第 5 号）
- ・事業に要した領収書等のコピー

※ 領収書は「領収書貼付台紙」に支出した科目ごとにまとめてください。

※ 品目や感染防止拡大等の取組がわかるよう必要に応じて明細等を添付してください。また、人件費がある場合は「人件費用勤務証明書」に記入のうえ提出してください。

- ・[様式第 1 号～様式第 9 号 \(ワード : 51KB\)](#)
- ・[事業計画書 \(様式 2-2\) 及び事業実績報告書 \(様式 5\) \(エクセル : 56KB\)](#)
- ・[領収書貼付台紙 \(医療機関用\) \(ワード : 56KB\)](#)
- ・[人件費用勤務証明書 \(医療機関用\) \(ワード : 47KB\)](#)

[あて先]

〒330-9301

さいたま市浦和区高砂 3-15-1

埼玉県庁 感染症対策課 企画・宿泊療養担当 行き

[\(様式4\) 及び \(様式5号\) を説明します](#) ダウンロードした「11shienkin_koufuyoukou_yousiki2_2_kami_1130.xlsx」を開きます。

まず、様式4号です

様式第4号

令和 年度埼玉県医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業
補助金実績報告書

報告書提出日付

令和 年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

補助金決定後に通知
があるはずです、そ
の日付、番号を記入
します。

「医療機関等の所在地」
「施設の名称」
「代表者の職名と氏名」
を記載、押印

(補助事業者)

印

令和 年 月 日 付け感対第 号で補助金の交付決定の通知を受け
た令和 年度埼玉県医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業補助金が完
了したので、補助金等の交付手続等に関する規則第13条の規定により、関係書類を
添えて、下記のとおり報告します。

記

決定額、上限1,000,000円

1 補助金精算額 金

円

2 事業実績報告書（別紙様式5号）

3 「2 事業実績報告書」の根拠となる書類（領収書等）

4 添付書類
その他参考となる資料

次に様式5を解説

事業実績報告書shienkin_koufuyoukou_yousiki12_5_0815_説明用 [保護されたビュー] - Microsoft Excel

1 保護されたビュー このファイルは、インターネット上の場所から取得されており、安全でない可能性があります。クリックすると詳細が表示されます。 [編集を有効にする\(E\)](#)

A79 f

【表面】 事業計画書_医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

施設概要

申請日 [] 医療機関等コード (10桁) [] 施設名称 []

管理者職名 [] 管理者氏名 []

連絡先 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 []

所在地 郵便番号 [] 都道府県名 [] 市区町村以降 []

施設類型について、該当するものに○してください。

病院（医科、歯科）	許可病床数 (病院のみ記載)	2,000,000
有床診療所（医科、歯科）	a_補助上限額（円）	1,000,000
無床診療所（医科、歯科）		700,000
薬局、訪問看護ステーション、助産所		

計算結果をご記載ください
2,000,000 + (50,000 × 病床数)

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」も選択して下さい。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。

「いいえ」の場合は
「はい」の場合は
2 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。
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
同意いただける場合は、「はい」も選択して下さい。

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 [] 口座番号（左詰め） []

(フリガナ)

取引口座名 []

裏面へ続く（必ず裏面も記載してください） 15 ページ 21 ページ 27 ページ

【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支援

新型コロナウィルス感染症を疑う患者受け入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業との重複について

事業計画書(紙申請用)(様式2-2) 事業実績報告書(紙申請用)(様式5) 事業計画書(紙申請用)記載方法 Sheet1 リスト

40% 17:59 2020/08/25

事業実績報告書shienkin_koufuyoukou_yousiki12_5_0815_説明用 - Microsoft Excel

【表面】 事業計画書_医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

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

申請日	医療機関等 コード(10桁)	施設名称		
管理者職名	管理者氏名			
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
所在地	郵便番号	都道府県名	市区町村以降	

施設類型について、該当するものに○してください。

病院(医科、歯科)	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)
有床診療所(医科、歯科)		2,000,000
無床診療所(医科、歯科)		1,000,000
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

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」も選択して下さい。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。

「いいえ」の場合は
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
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

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			

裏面へ続く(必ず裏面も記載してください)

このタブをクリックします。

事業計画書(紙申請用)(様式2-2) 事業実績報告書(紙申請用)(様式5) 事業計画書(紙申請用)記載方法 Sheet1 リスト

標準 2 標準 どちらでも... 悪い 良い オートSUM フィル クリア 並べ替えと検索とフィルター 選択

11shienkin_koufuyoukou_yousiki2_2_kami_1130 - Microsoft Excel

ホーム ページレイアウト 数式 データ 校閲 表示 Acrobat

切り取り 貼り付け 剪切 コピー 書式のコピー/貼り付け クリップボード

游ゴシック 22 A A 折り返して全体を表示する 標準 標準 2 標準 どちらでも... 悪い 良い オートSUM フィル クリア 並べ替えと検索とフィルター

貼り付け 挿入 削除 書式 リンクセル 計算 警告文 セル

書式のコピー/貼り付け クリップボード

提出日 [] 医療機関等コード (10桁) [] 施設名称 []

提出日を入力、例えば2021年3月1日と入力すれば自動的に「2021/3/1」と入力されます。

事業実績報告書 医療機関、薬局等における感染拡大防止等の支援

埼玉県の「11」、歯科の「3」、それぞれの医療機関番号を1文字ずつ入力します。

医療機関名を入力します

1 対象期間(令和2年4月1日から令和3年3月31日)に、支出した各対象科目的費用について実績額をご記載ください。

2 この実績報告書には領収書(コピー可)等の証拠書類を添付してください。

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。

なお、実績報告書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。

科目	支出額(円)	収入額(円)
賃金・報酬	1	
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		
b_合計支出額	0	
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	
d_合計支出額-収入予定額(円) (b-c)	0	
e_補助金交付決定額(円)		
F_差引額(返還額) (e-d)	0	

金額がマイナスの場合は0を記入してください。

差引額がある場合は返還となります。

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 いいえ

裏面には科目ごとに領収書等を添付してください。(コピー可)

2020年12月23日付で補助対象が拡大されました

「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」

補助対象となる経費の例 ※R2.12.23 更新（追加）

(1)需用費

- ・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
- ・換気扇の設置など軽微な改修（修繕費）
- ・水道光熱費、燃料費

(2)役務費

- ・電話料、インターネット接続等の通信費
- ・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
- ・休業補償保険の保険料
- ・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

(3)委託料

- ・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は対象外
- ・既存の施設・設備に係る保守・メンテナンス料
- ・既存の顧問弁護士、顧問税理士等の報酬

(4)使用料・賃借料

- ・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
- 対象経費でも他の補助金と重複して申請はできません。
特に家賃（賃料）等が補助対象となる「家賃支援給付金（経済産業省）」の給付済の場合
などは御注意ください。

※本事業の補助金は「新型コロナウィ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申請することができません。

補助対象外となりうる経費の例 ※R2.12.23 更新（追加）

- ・従前から勤務している者や通常の医療の提供を行う者的人件費
- ・通常診療に要する薬品費、診療材料費及び検査委託費のうち、直接診療報酬請求ができるもの
- ・開業医等の所得補償保険料
- ・工事請負費（修繕費とならないもの）
- ・支払利息や減価償却費

事業実績報告書11shienkin_koufuyoukou_yousiki2_2_kami_1130_UDC - Microsoft Excel

提出日	2021/3/1	医療機関等 コード (10桁)	1	1	3	1	4	0	0	6	8	8	施設名称	海野歯科医院
-----	----------	--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	--------

M30

事業実績報告書_医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援

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
支援助金について申請していない。

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】

1 対象期間（令和2年4月1日から令和3年3月31日）に、支出した各対象科目的費用について実績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等に要する費用についても、幅広く補助の対象となります。

2 この実績報告書には領収書（コピー可）等の証拠書類を添付してください。

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。
なお、実績報告書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。

科目	支出額（円）	収入額（円）
賃金・報酬	1	
謝金		
会議費		
旅費		
需用費	345,678	
役務費	440,000	
委託料	93,500	
使用料及び賃借料	120,000	
備品購入費	550,000	
b_合計支出額	1,549,178	
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		
d_合計支出額-収入予定額（円）（b-c）	1,549,178	
e_補助金交付決定額（円）	1,000,000	
F_差引額（返還額）（e-d）	0	

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

M29-M28

裏面には科目ごとに領収書等を添付してください。（コピー可）

様式5号に入力が終わったら、プリントして紙媒体で他の書類と一緒に郵送します。

選択式ではなく、「はい」に「○」ができるので、この様式5号をプリントしてから「はい」に「○」を付けます。

提出日	2021/3/1	医療機関等 コード (10桁)	1 1 3 1 4 0 0 6 8 8	施設名称	海野歯科医院
-----	----------	--------------------	---------------------	------	--------

様式5

事業実績報告書_医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援

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いない。

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

【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】

1 対象期間（令和2年4月1日から令和3年3月31日）に、支出した各対象科目の費用について実績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等に要する費用についても、幅広く補助の対象となります。

2 この実績報告書には 領収書（コピー可）等の証拠書類を添付 してください。

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。

なお、実績報告書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。

科目	支出額（円）	収入額（円）
支出		
賃金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
需用費	345,678	
役務費	440,000	
委託料	93,500	
使用料及び賃借料	120,000	
備品購入費	550,000	
b_合計支出額	1,549,178	
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_合計支出額-収入予定額（円）（b-c）	1,549,178
	e_補助金交付決定額（円）	1,000,000
	F_差引額（返還額）（e-d）	0

金額がマイナスの場合は0を記入してください。

差引額がある場合は返還となります。

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 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ので、ご確認ください。

裏面には科目ごとに領収書等を添付してください。（コピー可）

プリントするとこのようになります

領収書貼付台紙

- 医療機関名【_____】
- 支出科目【_____】 領収書合計金額【_____ 円：_____ 枚】

【感染拡大防止の取組内容（該当するものに☑チェックしてください）】

- 診療の環境整備（清拭・消毒等） 適切な診療環境の提供（予約の工夫や整理券の配布等）
- 動線・レイアウトの工夫 新しい診療体制の確保（オンライン診療等）
- 個人防護具等の確保 スタッフへの研修・健康管理
- その他（具体的に記入してください）

- 領収書貼付（この用紙に貼りきれない場合は、別の用紙に貼ってください。）

支出科目ごとに1枚ずつ
作成してください。

別添

事業実績報告書（様式5）の
科目を記入してください

領収書貼付台紙

● 医療機関名【 ○○クリニック 】

● 支出科目【 需用費 】 領収書合計金額【 * * , * * * 円： 2 枚】

【感染拡大防止の取組内容（該当するものに□チェックしてください）】

診療等の環境整備（清拭・消毒等） 診療順序等の工夫（予約の工夫や整理事業の配布等）

動線・レイアウトの工夫

新しい診療体制の確保（オンライン診療等）

個人防護具等の確保

スタッフへの研修・健康管理

その他（具体的に記入してください）

感染症拡大防止の内容を
記載してください

● 領収書貼付（この用紙に貼りきれない場合は、別の用紙に貼ってください。）

領収書（写）

○○クリニック

○○ ○○ 様

宛名は医療機関名又は
管理者名となっていますか

金 * * * * * * * * 円

但し、○○○○○（10個）として

令和○年○月○日

令和2年度中の日付が
記載されていますか

何をいくつ購入したのか
わかる記載になっていますか

さいたま市○○区○○1-2-3

△△△株式会社 印

領収書（写）

令和○年○月○日

○○クリニック

○○ ○○ 様

金 * * * * * * * * 円

但し、品代として

さいたま市○○区○○1-2-3

△△△株式会社 印

明細書（写）

令和○年○月○日

○○クリニック○○ 様

消毒液 10L入 ○○○円
マスク 50枚入 ○○○円

小計 ○○○円
消費税 ○○○円
合計 ○○○円

さいたま市○○区○○1-2-3
△△△株式会社

【領収書で購入した物品内訳等が記載されていない場合】
内訳が分かる明細書等のコピーを添付してください。
(カタログ、見積書等のコピーがあれば参考に添付)

カタログ
の写し

見積書
の写し

以上です。書類の不足の無いように準備してください。

皆様の補助金申請のお役に立てれば幸いです。

間違いや気が付いたことがありましたら、Mailto : infoudc@unno-dc.com まで連絡してください。

2021年1月18日

蕨戸田歯科医師会 海野 智