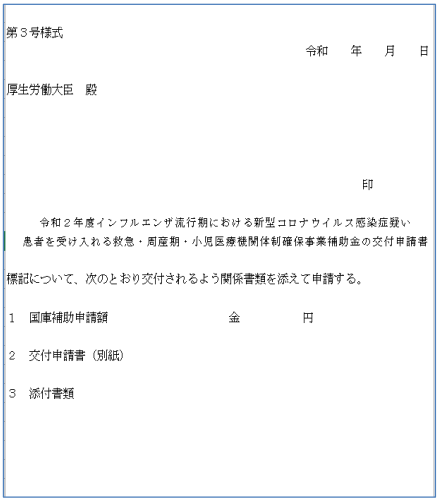
申請書等の入手・作成・提出方法

1．申請書等の入手方法

・申請書等は以下の厚生労働省ホームページよりダウンロードしてください
［厚生労働省ホームページ］https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000098580_00004.html

【申請書】


第３号様式

令和　　年　　月　　日

厚生労働大臣　殿

印

令和２年度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補助金の交付申請書

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　　円

2　交付申請書（別紙）

3　添付書類

【申請書の別紙】

（別紙）

令和２年度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交付申請書

黄色セル部分に記載をお願いいたします

Ⅰ．基本情報

1. 申請年月日　令和　年　月　日
2. 医療機関の名称、代表者名　名称　代表者名
3. 医療機関番号
4. 医療機関の住所　〒
5. 医療機関の電話番号
6. 担当者の氏名及び所属　所属　氏名
7. 担当者のメールアドレス
8. 医療機関の許可病床数　床　9. 新型コロナ入院患者受入実績医療機関であるか

Ⅱ．補助金の振込先

金融機関名		支店名	
金融機関コード		支店コード	
口座名義		フリガナ	
口座種別		口座番号	

補助上限額（a）　円

Ⅲ．申請内容　※医療機関により記入する内容・金額（税込み）を下記の通り記載してください。

事業開始日　令和　年　月　日　事業終了日　令和　年　月　日

申請時に支払が済んでいる

科目	円　等（1000円単位で記入（税込））　金額（円）
賃金・給料	
謝金	
出張費	
旅費	
借用費	
消耗費	
通信費	
使用料及び賃借料	
臨時職員費	
合　計（b）	

上記支出に対する本補助金以外の交付金その他の収入があれば、収入額を記載して下さい（c）

Ⅳ．補助事業　※以下で、関係の経費と分けがたいもの、申請対象に含まれていないものを記載してください。

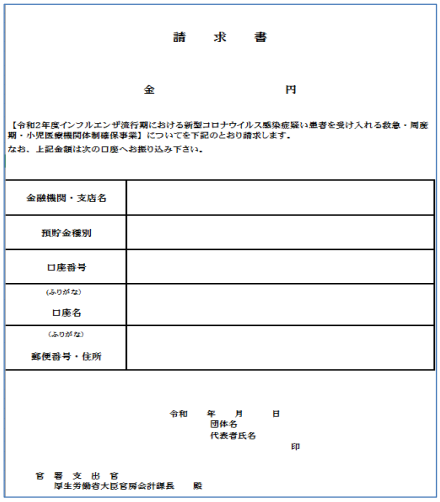
申請内容に、設置する病棟（ベッド）数及び病床の増減を行う際に伴う人件費は含まれていない。

申請内容に、交付を希望する新型コロナウイルス感染症疑い患者を診療する医療機関として都道府県に登録されたベッド数等（周産期・小児医療体制確保事業）の交付金支給事業などと数の補助金に対し重複が発生するものは含まれていない。

補助申請額（a）と（b）－（c）のいずれか少ない方（1000円未満切り捨て）　円

（注）施設や病棟の増床を行っている新型コロナウイルス感染症疑い患者を診療する医療機関として都道府県に登録されたことを証する書類（都道府県の登録通知書等）を添付してください。

【請求書】


請　求　書

金　　円

【令和2年度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】についてを下記のとおり請求します。
なお、上記金額は次の口座へお振り込み下さい。

金融機関・支店名	
預貯金種別	
口座番号	
（ふりがな） 口座名	
（ふりがな） 郵便番号・住所	

令和　　年　　月　　日
団体名
代表者氏名
印

官　署　支　出　官
厚生労働省大臣官房会計課長　殿

※申請書がダウンロードできない場合は、下記の［照会先］にお問い合わせください

2．申請書等の記載方法

※必ず記載例を参考にしてください

・申請書と請求書は、以下の手順により作成してください

作成手順

①電子媒体記載例を参考に、【申請書の別紙】の黄色セルをすべて入力してください
※【申請書の別紙】に入力した情報は「申請書」と「請求書」に自動反映されます

②作成した申請書等を印刷してください

③申請書と請求書に代表者印を押印してください

3．申請書等の提出方法

※申請は、原則として１回限りとなります

・申請書等は、以下まで郵送してください
※必ず、封筒の表面に「申請書　在中」と朱書きしてください

提出書類

①申請書　②申請書の別紙　③請求書　④都道府県の登録通知書等（写し）（注１）

（注１）「発熱や咳等の症状を有している新型コロナウイルス感染症疑い患者を診療する医療機関」として都道府県に登録されたことを証する書類

※申請時に支払いが完了している場合は、申請する経費に係る支出額が確認できる書類（領収書等）の写しを同封してください

提出期限　令和３年２月２６日（当日消印有効）※申請書等受付後、２～４週間で補助金が交付されます

【送付先】住所：〒100-8779　銀座郵便局留
宛先：100-8916　厚生労働省救急・周産期・小児医療機関体制確保事業担当　宛

［照会先］　厚生労働省医療提供体制支援補助金コールセンター（連絡先）0120－336－933