

福岡県知事 殿

所在地	福岡県〇〇市××1丁目2-3	法人の場合、必ず法人名と医療機関名の両方を入力してください。
事業者名	医療法人〇〇会 △△病院	
代表者氏名	理事長 福岡 太郎 (署名又は記名押印)	「記名押印」の押印は、法人は「代表者印」、個人は「印鑑登録を行った印」を押印してください。

令和5年度福岡県新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関等設備整備事業費補助金交付申請書

このことについて、福岡県新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関等設備整備事業費補助金交付要綱第6条の規定に基づき、下記により補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

記

- 1 申請額 金 20,000,000円
- 2 経費所要額調書 (別紙(1)のとおり)
- 3 設備整備事業所要額内訳 (別紙(2)のとおり)
- 4 事業計画書 (別紙(3)のとおり)
- 5 添付書類
  - (1) 誓約書
  - (2) 歳入歳出予算書抄本
  - (3) 見積書等の写し
  - (4) その他参考となる書類
- 6 支払先口座情報(通帳の写しを添付 (2)から(7)を確認できる部分)

項目	記入欄
(1) 債権者番号(6から始まる8桁の番号)※	12345678
(2) 銀行・支店名(全角漢字仮名)	〇〇銀行・□□支店
(3) 銀行・支店コード番号※	1234・567
(4) 口座種別(当座・普通の別)	普通
(5) 口座番号(半角英数字)	5555555
(6) 口座名義人(全角漢字仮名)	医療法人 〇〇会
(7) 口座名義人(半角カナ)	イヨウホウジン 〇〇カイ

※(1)債権者番号(3)銀行・支店コード番号は分かる範囲で記入。

0の場合でも、空欄にせず「0」と入力してください。

経費所要額調書

1 所要額内訳

区分	総事業費 (A)	寄付金その他の 収入額 (B)	差引額 ((A)-(B)) (C)	対象経費の 実支出額 (D)	基準額 (E)	選定額 ((D), (E) いずれか 少ない額) (F)	補助基本額 ((C), (F) いずれか 少ない額) (G)	補助所要額 ((G)×補助率) ※千円未満切り捨て (H)	既交付決定額 (I)	差引過不足額 ((H)-(I)) (J)	備考
	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
初度設備	0	0	0	0	0	0	0				
人工呼吸器 及び付帯する備品	14,900,000	0	14,900,000	14,500,000	15,000,000	14,500,000	14,500,000				
簡易陰圧装置	5,500,000	0	5,500,000	5,500,000	12,960,000	5,500,000	5,500,000				
簡易ベッド	0	0	0	0	0	0	0				
体外式膜型人工肺及び 付帯する備品	0	0	0	0	0	0	0				
簡易病室及び付帯する 備品	0	0	0	0	0	0	0				
HEPAフィルター付き 空気清浄機	0	0	0	0	0	0	0				
HEPAフィルター付き パーティション	0	0	0	0	0	0	0				
合計	20,400,000	0	20,400,000	20,000,000	27,960,000	20,000,000	20,000,000	20,000,000	0	20,000,000	

要入力。  
入力がない場合申請額が「0円」となります。

注 1 設備整備事業所要額内訳及び事業計画書については、別紙(2)及び(3)のとおり。

注 2 (H)欄は千円未満切捨て

0の場合でも、空欄にせず「0」と入力してください。

設備整備事業所要額内訳

(単位:円)

1 補助上限額

区分	基準額 (A)	基本情報	基本情報		補助上限額 (C)=(A)×(B)	許可 病床数
			今回申請 (B)	過去の補助金に よる導入実績		
初度設備	133,000 /床	新たに確保した病床数	0	9	0	
人工呼吸器及び 付帯する備品	5,000,000 /台	申請台数	3	6	15,000,000	
簡易陰圧装置	4,320,000 /台	申請台数	3	6	12,960,000	
簡易ベッド	51,400 /台	申請台数	0	6	0	
体外式換型人工肺 及び付帯する備品	21,000,000 /台	申請台数	0	6	0	30
簡易病室及び 付帯する備品	実費相当額					受入可能 病床数
HEPAフィルター付き空 気清浄機	905,000 /台	申請台数	0	1	-	
HEPAフィルター付き パーテーション	205,000 /台	申請台数	0	4	0	9

厚生労働省に届けている、自院の許可病床数を記載  
してください。  
※コロナ患者用の病床数ではありません。

①令和5年9月30日までに本補助金の申請をした  
医療機関は最後に申請した「コロナ患者の入院受  
入れに係る回答票」に記載した病床数、  
②令和5年8月31日現在で確保病床を県から依頼  
されていた医療機関は、同日に県から指定を受けて  
いたフェーズ5における確保病床数、  
③それ以外の医療機関については「コロナ患者の入  
院受入れに係る回答票」の間3-①に回答した病床  
数  
です。  
①及び②に該当する場合は、①の病床数となりま  
す。

2 申請設備内訳

(単位:円)

区分	番号	申請設備 (商品名・規格)	単価	数量 (台、個、双)	金額	小計
初度設備						
人工呼吸器 及び付帯する備品	1	汎用人工呼吸器 (A・123123)	5,200,000	2	10,400,000	14,900,000
	2	汎用人工呼吸器 (B・456456)	4,500,000	1	4,500,000	
簡易陰圧装置	3	簡易陰圧装置 (D・987987)	2,500,000	1	2,500,000	5,500,000
	4	簡易陰圧ユニット (E・876876)	1,500,000	2	3,000,000	
簡易ベッド						
体外式換型人工肺及び 付帯する備品						
簡易病室及び 付帯する備品						
HEPAフィルター付き空 気清浄機						
HEPAフィルター付き パーテーション						
<b>総事業費</b>					<b>20,400,000</b>	

・単価が異なる場合には分けて記載。

※行が不足する場合は、適宜追加すること。

## 事業計画書

事業者名：医療法人〇〇会 △△病院

区分	番号	実施時期	内 容
初度設備			令和5年10月1日から令和6年3月31日までに納品（竣工）する必要があります。 令和6年4月1日以降に納品（竣工）する場合は、対象外となります。
人工呼吸器 及び付帯する備品	1	R5. ○月	事業計画書の別紙参照
	2	R5. ○月	
簡易陰圧装置	3	R5. ○月	事業計画書の別紙参照
	4	R5. ○月	
簡易ベッド			事業計画書の別紙参照
体外式膜型人工肺及び付帯 する備品			事業計画書の別紙参照
簡易病室及び 付帯する備品			事業計画書の別紙参照
HEPAフィルター付き空 気清浄機			事業計画書の別紙参照
HEPAフィルター付き パーテーション			事業計画書の別紙参照

※行が不足する場合は、適宜追加すること。

# 誓 約 書

令和〇年〇月〇日

福岡県知事 殿

所 在 地 福岡県〇〇市×××1丁目2-3

事 業 者 名 医療法人〇〇会 △△病院

代 表 者 名 理事長 福岡 太郎

福岡県新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関等設備整備事業費補助金の交付申請に当たり、申請者及び申請者の全役員は下記のことを誓約します。

この誓約の内容と事実が反することが判明した場合は、当該事実に関して福岡県が行う一切の措置に対して異議の申立てを行いません。

また、福岡県新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関等設備整備事業費補助金の交付決定後にこの誓約の内容と事実が反することが判明し、交付決定の全部又は一部が取り消された場合には、福岡県に対し、当該補助金の全部又は一部を返還します。

なお、この誓約書の内容について、福岡県が福岡県警察本部に照会することを承諾します。

## 記

- 1 申請者は、暴力団による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号。以下「法」という。)第2条第2号に規定する暴力団ではありません。
- 2 申請者は、法第2条第6号に規定する暴力団員が役員等になっている団体ではありません。
- 3 申請者は、暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者が役員等になっている団体ではありません。
- 4 申請者及び申請者の役員等は、次に掲げる暴力団又は暴力団員と密接な関係を有する団体ではありません。
  - (1) 暴力団員が事業主又は役員に就任している団体
  - (2) 暴力団員が実質的に運営している団体
  - (3) 暴力団員であることを知りながら、その者を雇用し、又は使用している団体
  - (4) 契約の相手方が暴力団員であることを知りながら、その者と商取引に係る契約を締結している団体
  - (5) 暴力団又は暴力団員に対して経済上の利益又は便宜を供与している団体
  - (6) 暴力団又は暴力団員と社会的に非難される関係を有している団体
- 5 申請者が実施する事業(事業の準備を含む。)により暴力団を利することとならないようにするとともに、県が実施する暴力団の排除に関する施策に協力します。
- 6 上記のほか、関係法令を遵守するとともに、暴力団の排除を推進し、県民の安全で平穏な生活の確保及び福岡県における社会経済活動の健全な発展に寄与します。

役員一覧

役職名	(ふりがな) 氏名	性別	住所 (都道府県名)	生年月日
理事長	(ふくおか たろう) 福岡 太郎	男・女	福岡県	明・大・昭・平 42年6月18日
副理事長	( ) 〇〇 〇〇	男		明・大・昭・平 年 月 日

※ 役員全員を記載すること。

法人の場合、理事長、理事、監事の方について記載してください。

役職名	(ふりがな) 氏名	性別	住所 (都道府県名)	生年月日
理事	(ふくおか はなこ) 福岡 花子	男・女	福岡県	明・大・昭・平 39年9月10日
理事	( ) 〇〇 〇〇	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
理事	( ) 〇〇 〇〇	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
理事	( ) 〇〇 〇〇	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
監事	(ふくおか じろう) 福岡 次郎	男・女	福岡県	明・大・昭・平 3年7月13日
監事	( ) 〇〇 〇〇	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平 年 月 日

※ 役員全員を記載すること。

歳入歳出予算書抄本

様式第3号から自動

事業者名 医療法人〇〇会 △△病院  
 事業名 令和5年度福岡県新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関等設備整備事業費補助金

(歳入) (単位：円)

費目	金額	備考
自己資金	400,000	県補助額は、対象経費から千円未満を切り捨てた金額です。千円未満の経費は、自己資金による負担となります。 対象経費 - 県補助額 (千円未満切捨) = 自己資金額
県補助金	20,000,000	
その他	0	
合計	20,400,000	

(歳出)

費目	金額	備考
設備整備事業費	20,400,000	
合計	20,400,000	

0の場合でも、空欄にせず「0」と入力してください。

この抄本は、原本と相違ないことを証明する。

令和〇年〇月〇日

所在地 福岡県〇〇市×××1丁目2-3

事業者名 医療法人〇〇会 △△病院

代表者氏名 理事長 福岡 太郎