

**事業実施計画 ① 申請日を西暦で入力**  
 例：2020/08/20

申請日

医療機関等コード (15桁)

医療機関等コード (15桁)

管理者職名  管理者氏名

所在地

施設類型 (プルダウンから選択)  a\_施設上乗額 (基本額) (円)

施設類型及び許可保険者に間違いがない

国保連合会に登録されている口座は連携済でない

※なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみ利用し、その他の目的で使用されることはありません。

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・高度期・小児医療体制確保事業の支援金の申請をしておらず、申請する予定もない

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に要する費用】

対象期間 (令和2年4月1日から令和2年3月31日)に、支出が予定されている科目の費用について概算額を、記載してください。  
 施設類型及び許可保険者に間違いがない場合は、本欄を「はい」を選択してください。  
 国保連合会に登録されている口座は連携済でない場合は、「はい」を選択してください。連携済でない場合は、国保連合会に登録されている口座への振込の届出がまだありません。連携済でない場合は、「いいえ」を選択してください。

科目	支出予定額 (円)	収入予定額 (円)
資金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
賃借料		
送料		
印刷費		
雑費		
委託料		
材料費		
消耗品費		
b_合計支出予定額 (総事業費)	0	
収入		
c_上記支出に対する非経費以外の助成金・その他の収入		
d_合計支出予定額-収入予定額 (円) (b-c)		0
補助金交付申請額 (円) (e-d) (円) (e-d) (円) (e-d) (円)		0

上記、「資金・報酬」に前記から取組んでいる者及び通常の医療の提供を行う者に係る人員費用は、本欄の対象外です。記載ください。

対象期間に支出が予定されている各科目の費用について、概算でご記載ください。  
 各医療機関等からの申請は1回限りですので、対象となる可能性のある費用について、漏れないようご注意ください。

**事業実施計画書 医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業**

申請日

医療機関等コード (15桁)

医療機関等コード (15桁)

管理者職名  管理者氏名

所在地

施設類型 (プルダウンから選択)  a\_施設上乗額 (基本額) (円)

施設類型及び許可保険者に間違いがない

国保連合会に登録されている口座は連携済でない

※なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみ利用し、その他の目的で使用されることはありません。

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・高度期・小児医療体制確保事業の支援金の申請をしておらず、申請する予定もない

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に要する費用】

対象期間 (令和2年4月1日から令和2年3月31日)に、支出が予定されている科目の費用について概算額を、記載してください。  
 施設類型及び許可保険者に間違いがない場合は、本欄を「はい」を選択してください。  
 国保連合会に登録されている口座は連携済でない場合は、「はい」を選択してください。連携済でない場合は、国保連合会に登録されている口座への振込の届出がまだありません。連携済でない場合は、「いいえ」を選択してください。

科目	支出予定額 (円)	収入予定額 (円)
資金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
賃借料		
送料		
印刷費		
雑費		
委託料		
材料費		
消耗品費		
b_合計支出予定額 (総事業費)	0	
収入		
c_上記支出に対する非経費以外の助成金・その他の収入		
d_合計支出予定額-収入予定額 (円) (b-c)		0
補助金交付申請額 (円) (e-d) (円) (e-d) (円) (e-d) (円)		0

上記、「資金・報酬」に前記から取組んでいる者及び通常の医療の提供を行う者に係る人員費用は、本欄の対象外です。記載ください。

対象期間に支出が予定されている各科目の費用について、概算でご記載ください。  
 各医療機関等からの申請は1回限りですので、対象となる可能性のある費用について、漏れないようご注意ください。

② 各薬局の医療機関等コードを入力  
 例：424000001 (半角10桁)  
 \*施設名称は自動で表示されます

**事業実施計画 ③ 管理者職名は法人の場合は法人名称と「代表取締役」。個人の場合は「開設者」と記載してください。**  
 法人の場合：有限会社〇〇 代表取締役  
 個人の場合：開設者

申請日

医療機関等コード (15桁)

医療機関等コード (15桁)

管理者職名  管理者氏名

所在地

施設類型 (プルダウンから選択)  a\_施設上乗額 (基本額) (円)

施設類型及び許可保険者に間違いがない

国保連合会に登録されている口座は連携済でない

※なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみ利用し、その他の目的で使用されることはありません。

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・高度期・小児医療体制確保事業の支援金の申請をしておらず、申請する予定もない

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に要する費用】

対象期間 (令和2年4月1日から令和2年3月31日)に、支出が予定されている科目の費用について概算額を、記載してください。  
 施設類型及び許可保険者に間違いがない場合は、本欄を「はい」を選択してください。  
 国保連合会に登録されている口座は連携済でない場合は、「はい」を選択してください。連携済でない場合は、国保連合会に登録されている口座への振込の届出がまだありません。連携済でない場合は、「いいえ」を選択してください。

科目	支出予定額 (円)	収入予定額 (円)
資金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
賃借料		
送料		
印刷費		
雑費		
委託料		
材料費		
消耗品費		
b_合計支出予定額 (総事業費)	0	
収入		
c_上記支出に対する非経費以外の助成金・その他の収入		
d_合計支出予定額-収入予定額 (円) (b-c)		0
補助金交付申請額 (円) (e-d) (円) (e-d) (円) (e-d) (円)		0

上記、「資金・報酬」に前記から取組んでいる者及び通常の医療の提供を行う者に係る人員費用は、本欄の対象外です。記載ください。

対象期間に支出が予定されている各科目の費用について、概算でご記載ください。  
 各医療機関等からの申請は1回限りですので、対象となる可能性のある費用について、漏れないようご注意ください。

**事業実施計画書 医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業**

申請日

医療機関等コード (15桁)

医療機関等コード (15桁)

管理者職名  管理者氏名

所在地

施設類型 (プルダウンから選択)  a\_施設上乗額 (基本額) (円)

施設類型及び許可保険者に間違いがない

国保連合会に登録されている口座は連携済でない

※なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみ利用し、その他の目的で使用されることはありません。

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・高度期・小児医療体制確保事業の支援金の申請をしておらず、申請する予定もない

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に要する費用】

対象期間 (令和2年4月1日から令和2年3月31日)に、支出が予定されている科目の費用について概算額を、記載してください。  
 施設類型及び許可保険者に間違いがない場合は、本欄を「はい」を選択してください。  
 国保連合会に登録されている口座は連携済でない場合は、「はい」を選択してください。連携済でない場合は、国保連合会に登録されている口座への振込の届出がまだありません。連携済でない場合は、「いいえ」を選択してください。

科目	支出予定額 (円)	収入予定額 (円)
資金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
賃借料		
送料		
印刷費		
雑費		
委託料		
材料費		
消耗品費		
b_合計支出予定額 (総事業費)	0	
収入		
c_上記支出に対する非経費以外の助成金・その他の収入		
d_合計支出予定額-収入予定額 (円) (b-c)		0
補助金交付申請額 (円) (e-d) (円) (e-d) (円) (e-d) (円)		0

上記、「資金・報酬」に前記から取組んでいる者及び通常の医療の提供を行う者に係る人員費用は、本欄の対象外です。記載ください。

対象期間に支出が予定されている各科目の費用について、概算でご記載ください。  
 各医療機関等からの申請は1回限りですので、対象となる可能性のある費用について、漏れないようご注意ください。

④ 管理者氏名は法人の場合は代表取締役の氏名  
 個人の場合は開設者の氏名を記載

様式2-1 (「様式2-2」は、紙申請用であり、) オンライン申請システム・WEB受付申請システム・電子申請(印刷) 申請用

**事業実施計画** ⑤ **メールのみで連絡をすることもありますが、担当者の方は記載したメールアドレスについて、定期的な確認をお願いします。**

申請日: 申請書提出日(印刷) 出力

助府庁コードを考慮しない助府庁は「999999999」を入力してください。

医療機関等コード(10桁) 施設名称: 医療機関コード、10桁を入力すると、自動表示されます。

管理者氏名: 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 市区町村以降

施設類型(プルダウンから選択) 許可(内訳) (療養の取組) (円) 0

施設類型及び許可取組数が間違っていない

国保連合に登録されている口座は連携先とされていない

※なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみ利用し、その他の目的で使用されることはありません。

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・重症期・小児医療体制確保事業との連携について

「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・重症期・小児医療体制確保事業」の支援金の申請をしており、申請する予定もない

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に要する費用】

科目	支出予定額(円)	収入予定額(円)
資金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
賃借料		
送料		
燃料費		
雑費		
印刷費		
消耗品費		
委託料		
手数料及び資料費		
雑損戻入費		
b 合計支出予定額(総事業費)	0	
収入		
c 上記支出に対する非該当品以外の助金金・その他の収入		
d 合計支出予定額-収入予定額(円)(b-c)	0	
補助金交付申請額(円)(c-d)(0円未満は0)		0

上記「資金・報酬」に前記から取組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

対象期間に支出が予定されている各科目の費用について、概算でご記載ください。各医療機関等からの申請は1回限りですので、対象となる可能性のある費用について、漏れないようご注意ください。

様式2-1 (「様式2-2」は、紙申請用であり、) オンライン申請システム・WEB受付申請システム・電子申請(印刷) 申請用

**事業実施計画** ⑥ **薬局の所在地を記載してください。例：郵便番号 850 8570 都道府県 長崎県 市区町村以降 長崎市尾上町3番1号**

申請日: 申請書提出日(印刷) 出力

助府庁コードを考慮しない助府庁は「999999999」を入力してください。

医療機関等コード(10桁) 施設名称: 医療機関コード、10桁を入力すると、自動表示されます。

管理者氏名: 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 市区町村以降

施設類型(プルダウンから選択) 許可(内訳) (療養の取組) (円) 0

施設類型及び許可取組数が間違っていない

国保連合に登録されている口座は連携先とされていない

※なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみ利用し、その他の目的で使用されることはありません。

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・重症期・小児医療体制確保事業との連携について

「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・重症期・小児医療体制確保事業」の支援金の申請をしており、申請する予定もない

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に要する費用】

科目	支出予定額(円)	収入予定額(円)
資金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
賃借料		
送料		
燃料費		
雑費		
印刷費		
消耗品費		
委託料		
手数料及び資料費		
雑損戻入費		
b 合計支出予定額(総事業費)	0	
収入		
c 上記支出に対する非該当品以外の助金金・その他の収入		
d 合計支出予定額-収入予定額(円)(b-c)	0	
補助金交付申請額(円)(c-d)(0円未満は0)		0

上記「資金・報酬」に前記から取組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、ご記載ください。

対象期間に支出が予定されている各科目の費用について、概算でご記載ください。各医療機関等からの申請は1回限りですので、対象となる可能性のある費用について、漏れないようご注意ください。

様式2-1 (「様式2-2」は、紙申請用であり、) オンライン申請システム・WEB受付申請システム・電子申請(印刷) 申請用

**事業実施計画書 医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業**

申請日: 申請書提出日(印刷) 出力

助府庁コードを考慮しない助府庁は「999999999」を入力してください。

医療機関等コード(10桁) 施設名称: 医療機関コード、10桁を入力すると、自動表示されます。

管理者氏名: 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 市区町村以降

施設類型(プルダウンから選択) 許可(内訳) (療養の取組) (円) 0

施設類型及び許可取組数が間違っていない

国保連合に登録されている口座は連携先とされていない

※なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみ利用し、その他の目的で使用されることはありません。

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・重症期・小児医療体制確保事業との連携について

「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・重症期・小児医療体制確保事業」の支援金の申請をしており、申請する予定もない

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に要する費用】

科目	支出予定額(円)	収入予定額(円)
資金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
賃借料		
送料		
燃料費		
雑費		
印刷費		
消耗品費		
委託料		
手数料及び資料費		
雑損戻入費		
b 合計支出予定額(総事業費)	0	
収入		
c 上記支出に対する非該当品以外の助金金・その他の収入		
d 合計支出予定額-収入予定額(円)(b-c)	0	
補助金交付申請額(円)(c-d)(0円未満は0)		0

上記「資金・報酬」に前記から取組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

対象期間に支出が予定されている各科目の費用について、概算でご記載ください。各医療機関等からの申請は1回限りですので、対象となる可能性のある費用について、漏れないようご注意ください。

様式2-1 (「様式2-2」は、紙申請用であり、) オンライン申請システム・WEB受付申請システム・電子申請(印刷) 申請用

**事業実施計画書 医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業**

申請日: 申請書提出日(印刷) 出力

助府庁コードを考慮しない助府庁は「999999999」を入力してください。

医療機関等コード(10桁) 施設名称: 医療機関コード、10桁を入力すると、自動表示されます。

管理者氏名: 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 市区町村以降

施設類型(プルダウンから選択) 許可(内訳) (療養の取組) (円) 0

施設類型及び許可取組数が間違っていない

国保連合に登録されている口座は連携先とされていない

※なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみ利用し、その他の目的で使用されることはありません。

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・重症期・小児医療体制確保事業との連携について

「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・重症期・小児医療体制確保事業」の支援金の申請をしており、申請する予定もない

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に要する費用】

科目	支出予定額(円)	収入予定額(円)
資金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
賃借料		
送料		
燃料費		
雑費		
印刷費		
消耗品費		
委託料		
手数料及び資料費		
雑損戻入費		
b 合計支出予定額(総事業費)	0	
収入		
c 上記支出に対する非該当品以外の助金金・その他の収入		
d 合計支出予定額-収入予定額(円)(b-c)	0	
補助金交付申請額(円)(c-d)(0円未満は0)		0

上記「資金・報酬」に前記から取組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、ご記載ください。

対象期間に支出が予定されている各科目の費用について、概算でご記載ください。各医療機関等からの申請は1回限りですので、対象となる可能性のある費用について、漏れないようご注意ください。

事業実施計画書 医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

申請日: 1/25/2020 08:48 / 印刷 / 印刷 / スケジュール / 提出用ファイル / 出力

助産師コードを考慮しない助産所は「999999999」を入力してください

医療機関等コード (10桁) 施設名称: 医療機関コード、10桁を入力すると、自動表示されます。

管理者氏名: 担当者氏名

連絡先: 担当者 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 市区町村以降

施設類型 (プルダウンから選択) 許可(商標) 業種(上) (基本業) 0

施設類型及び許可種別が間違っていない

国保連合に登録されている口座は連携先で設定されていない

※なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみ利用し、その他の目的で使用されることはありません。

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・高度期・小児医療体制確保事業の支援金の申請をしており、申請する予定もない

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に要する費用】

⑨ このセルを選択すると右側に▼が出てきます。▼をクリックして、「はい」又は「いいえ」を選択してください。

※「いいえ」の場合、「口座情報」を入力する画面が出てきますので、支援金の「振込先口座」の情報を入力してください。また、県が直接支援金を振り込むことになるため、追加の手続きをお願いすることがあります。

事業実施計画書 医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

申請日: 1/25/2020 08:48 / 印刷 / 印刷 / スケジュール / 提出用ファイル / 出力

助産師コードを考慮しない助産所は「999999999」を入力してください

医療機関等コード (10桁) 施設名称: 医療機関コード、10桁を入力すると、自動表示されます。

管理者氏名: 担当者氏名

連絡先: 担当者 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 市区町村以降

施設類型 (プルダウンから選択) 許可(商標) 業種(上) (基本業) 0

施設類型及び許可種別が間違っていない

国保連合に登録されている口座は連携先で設定されていない

※なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみ利用し、その他の目的で使用されることはありません。

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・高度期・小児医療体制確保事業の支援金の申請をしており、申請する予定もない

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に要する費用】

⑩ このセルを選択すると右側に▼が出てきます。▼をクリックして、「はい」を選択してください。

科目	支出予定額 (円)	収入予定額 (円)
資金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
賃借料		
送料		
印刷費		
雑費		
委託料		
材料費		
消耗品費		
雑損戻入費		
b 合計支出予定額 (総事業費)	0	
収入		
c 上記支出に対する非経費以外の寄付金・その他の収入		
d 合計支出予定額-収入予定額 (円) (b-c)		0
補助金交付申請額 (円) (c-d) (円未満は切り捨て)		0

上記「資金・報酬」に前記から取崩している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人員は、本事業の対象外です。ご確認ください。

対象期間に支出が予定されている各科目の費用について、概算でご記載ください。各医療機関等からの申請は1回限りですので、対象となる可能性のある費用について、漏れないようご注意ください。

科目	支出予定額 (円)	収入予定額 (円)
資金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
賃借料		
送料		
印刷費		
雑費		
委託料		
材料費		
消耗品費		
雑損戻入費		
b 合計支出予定額 (総事業費)	0	
収入		
c 上記支出に対する非経費以外の寄付金・その他の収入		
d 合計支出予定額-収入予定額 (円) (b-c)		0
補助金交付申請額 (円) (c-d) (円未満は切り捨て)		0

上記「資金・報酬」に前記から取崩している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人員は、本事業の対象外です。ご確認ください。

対象期間に支出が予定されている各科目の費用について、概算でご記載ください。各医療機関等からの申請は1回限りですので、対象となる可能性のある費用について、漏れないようご注意ください。

事業実施計画書 医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

申請日: 1/25/2020 08:48 / 印刷 / 印刷 / スケジュール / 提出用ファイル / 出力

助産師コードを考慮しない助産所は「999999999」を入力してください

医療機関等コード (10桁) 施設名称: 医療機関コード、10桁を入力すると、自動表示されます。

管理者氏名: 担当者氏名

連絡先: 担当者 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 市区町村以降

施設類型 (プルダウンから選択) 許可(商標) 業種(上) (基本業) 0

施設類型及び許可種別が間違っていない

国保連合に登録されている口座は連携先で設定されていない

※なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみ利用し、その他の目的で使用されることはありません。

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・高度期・小児医療体制確保事業の支援金の申請をしており、申請する予定もない

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に要する費用】

⑪ 各項目の支出予定額を記載してください。(合計は自動で計算されます。)

科目	支出予定額 (円)	収入予定額 (円)
資金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
賃借料		
送料		
印刷費		
雑費		
委託料		
材料費		
消耗品費		
雑損戻入費		
b 合計支出予定額 (総事業費)	0	
収入		
c 上記支出に対する非経費以外の寄付金・その他の収入		
d 合計支出予定額-収入予定額 (円) (b-c)		0
補助金交付申請額 (円) (c-d) (円未満は切り捨て)		0

上記「資金・報酬」に前記から取崩している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人員は、本事業の対象外です。ご確認ください。

対象期間に支出が予定されている各科目の費用について、概算でご記載ください。各医療機関等からの申請は1回限りですので、対象となる可能性のある費用について、漏れないようご注意ください。

事業実施計画書 医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

申請日: 1/25/2020 08:48 / 印刷 / 印刷 / スケジュール / 提出用ファイル / 出力

助産師コードを考慮しない助産所は「999999999」を入力してください

医療機関等コード (10桁) 施設名称: 医療機関コード、10桁を入力すると、自動表示されます。

管理者氏名: 担当者氏名

連絡先: 担当者 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 市区町村以降

施設類型 (プルダウンから選択) 許可(商標) 業種(上) (基本業) 0

施設類型及び許可種別が間違っていない

国保連合に登録されている口座は連携先で設定されていない

※なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみ利用し、その他の目的で使用されることはありません。

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・高度期・小児医療体制確保事業の支援金の申請をしており、申請する予定もない

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に要する費用】

⑫ 収入予定額を記載してください。(本補助金以外の寄付金やその他の収入見込の合計額)

科目	支出予定額 (円)	収入予定額 (円)
資金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
賃借料		
送料		
印刷費		
雑費		
委託料		
材料費		
消耗品費		
雑損戻入費		
b 合計支出予定額 (総事業費)	0	
収入		
c 上記支出に対する非経費以外の寄付金・その他の収入		
d 合計支出予定額-収入予定額 (円) (b-c)		0
補助金交付申請額 (円) (c-d) (円未満は切り捨て)		0

上記「資金・報酬」に前記から取崩している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人員は、本事業の対象外です。ご確認ください。

対象期間に支出が予定されている各科目の費用について、概算でご記載ください。各医療機関等からの申請は1回限りですので、対象となる可能性のある費用について、漏れないようご注意ください。

対象期間に支出が予定されている各科目の費用について、概算でご記載ください。各医療機関等からの申請は1回限りですので、対象となる可能性のある費用について、漏れないようご注意ください。

対象期間に支出が予定されている各科目の費用について、概算でご記載ください。各医療機関等からの申請は1回限りですので、対象となる可能性のある費用について、漏れないようご注意ください。

**事業実施計画書 医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業**

申請日  (印刷時、事業実施計画書、事業実施計画書、事業実施計画書) 提出用ファイル 出力

施設種別

医療機関コードを有さない施設種別は「999999999」を入力してください。

医療機関コード (印刷時)  施設名称  医療機関コード、1桁の入力をする。自動表示されます。

管理者姓名  管理者氏名

連絡先  担当者  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  市区町村以降

施設種別(プルダウンから選択)  許可(内訳)  a\_施設(印刷) (印刷)  0

施設種別及び許可種別が間違っていない  施設種別及び許可種別が間違っていない場合は、その旨を「はい」を選択して下さい。  
 一貫性がない場合は施設種別を適切に選択する必要があります。種別が間違っている場合は、施設種別を適切に変更する必要があります。

国保連合会に登録されている口座は情報保護されていない  国保連合会に登録されている場合は、「はい」を選択して下さい。国保連合会に登録されている口座への振込の場合は、口座番号を入力する必要があります。  
 (口座番号を入力しない場合は、「いいえ」を選択して下さい。)

※なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみし限り、その他の目的で使われることはありません。

新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための対応、前産期、小児医療体制確保等との重複について

「新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための対応、前産期、小児医療体制確保等」の支援金の申請をしておらず、申請する予定もない  該当する場合は、「はい」を選択して下さい。  
 ※本事業と重複する場合は、重複して受け取らねばなりません。  
 ※重複しない場合は、「いいえ」を選択して下さい。

**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に要する費用】

※申請期間(令和2年4月1日から令和2年3月31日)中、支出が予定されている科目は、支出の発生が確定した時点で、申請期間中に発生が認められる費用も合わせて、概算でご記載ください。  
 ※令和2年4月1日から令和2年3月31日までにかかる費用が対象となります。支出の発生が確定した時点で、申請期間中に発生が認められる費用も合わせて、概算でご記載することも可能です。  
 ※令和2年4月1日から令和2年3月31日までにかかる費用が対象となります。支出の発生が確定した時点で、申請期間中に発生が認められる費用も合わせて、概算でご記載することも可能です。  
 ※令和2年4月1日から令和2年3月31日までにかかる費用が対象となります。支出の発生が確定した時点で、申請期間中に発生が認められる費用も合わせて、概算でご記載することも可能です。

科目	支出予定額(円)	収入予定額(円)
資金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
雑費		
印刷費		
送料		
材料費		
印刷及び複製料		
雑費		
収入		
d_合計支出予定額(収入予定額) (b+c)	0	
補助金交付申請額(円) (a-d)(印刷) (印刷)		0

⑬ このセルを選択すると右側に▼が出てきます。▼をクリックして、「はい」を選択してください。

上記、「資金・報酬」に該当するから動向している者及び通常の医療の提供を行う者に関する人件費は、本事業の対価として含まれていない

対象期間に支出が予定されている各科目の費用について、概算でご記載ください。各医療機関等からの申請は1回限りですので、対象となる可能性のある費用について、漏れないようご注意ください。

**事業実施計画書 医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業**

申請日  (印刷時、事業実施計画書、事業実施計画書、事業実施計画書) 提出用ファイル 出力

施設種別

医療機関コードを有さない施設種別は「999999999」を入力してください。

医療機関コード (印刷時)  施設名称  医療機関コード、1桁の入力をする。自動表示されます。

管理者姓名  管理者氏名

連絡先  担当者  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  市区町村以降

施設種別(プルダウンから選択)  許可(内訳)  a\_施設(印刷) (印刷)  0

施設種別及び許可種別が間違っていない  施設種別及び許可種別が間違っていない場合は、その旨を「はい」を選択して下さい。  
 一貫性がない場合は施設種別を適切に選択する必要があります。種別が間違っている場合は、施設種別を適切に変更する必要があります。

国保連合会に登録されている口座は情報保護されていない  国保連合会に登録されている場合は、「はい」を選択して下さい。国保連合会に登録されている口座への振込の場合は、口座番号を入力する必要があります。  
 (口座番号を入力しない場合は、「いいえ」を選択して下さい。)

※なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみし限り、その他の目的で使われることはありません。

新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための対応、前産期、小児医療体制確保等との重複について

「新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための対応、前産期、小児医療体制確保等」の支援金の申請をしておらず、申請する予定もない  該当する場合は、「はい」を選択して下さい。  
 ※本事業と重複する場合は、重複して受け取らねばなりません。  
 ※重複しない場合は、「いいえ」を選択して下さい。

⑭ 入力した内容を確認して、間違いがなければ「提出用ファイル 出力」ボタンをクリックして、提出用ファイルを作成してください。

**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に要する費用】

※申請期間(令和2年4月1日から令和2年3月31日)中、支出が予定されている科目は、支出の発生が確定した時点で、申請期間中に発生が認められる費用も合わせて、概算でご記載ください。  
 ※令和2年4月1日から令和2年3月31日までにかかる費用が対象となります。支出の発生が確定した時点で、申請期間中に発生が認められる費用も合わせて、概算でご記載することも可能です。  
 ※令和2年4月1日から令和2年3月31日までにかかる費用が対象となります。支出の発生が確定した時点で、申請期間中に発生が認められる費用も合わせて、概算でご記載することも可能です。  
 ※令和2年4月1日から令和2年3月31日までにかかる費用が対象となります。支出の発生が確定した時点で、申請期間中に発生が認められる費用も合わせて、概算でご記載することも可能です。

科目	支出予定額(円)	収入予定額(円)
資金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
雑費		
印刷費		
送料		
材料費		
印刷及び複製料		
雑費		
収入		
d_合計支出予定額(収入予定額) (b+c)	0	
補助金交付申請額(円) (a-d)(印刷) (印刷)		0

上記、「資金・報酬」に該当するから動向している者及び通常の医療の提供を行う者に関する人件費は、本事業の対価として含まれていない

対象期間に支出が予定されている各科目の費用について、概算でご記載ください。各医療機関等からの申請は1回限りですので、対象となる可能性のある費用について、漏れないようご注意ください。