

# 【検体採取医療機関支援事業への申請記入例】

第1号様式（第5条関係）

法人格の場合、正式名称でご記入ください

記入不要です

年 月 日

東京都北区長 殿

医療機関所在地：北区王子本町1-15-22

医療機関名：医療法人社団與惣会

代表者職氏名：院長 花川 花子

理事長 花川 花子 とは  
記入しないでください

ハナカワ医院



東京都北区COVID-19医療提供体制整備支援金交付申請書

標記について、下記により支援金を交付されるよう次の関係書類を添えて申請します。

記

（病）院長印 または シャチハタ以外の朱肉印を  
押印してください。

※理事長印は使用しないでください

1 申請額

金

円

2 経費所要額調書（別紙1）

3 支出予定額明細書（該当事業ごとに1枚ご提出ください）

(1) 検査体制拡充整備事業（別紙2-1）

(2) 検体採取医療機関支援事業（別紙2-2）

(3) 入院患者受入医療機関支援事業（別紙2-3）

(4) 院内感染防止施設整備補助事業（別紙2-4）

(5) 発熱者診療及び検査医療機関に対する支援事業（別紙2-5）

(6) 小児の感染症、発熱者対応機能を維持・確保するための支援事業（別紙2-6）

(7) 新型コロナウイルスワクチン接種体制協力医療機関に対する支援事業（別紙2-7）

(8) 軽快患者転院連携支援事業（別紙2-8）

4 添付資料

(1) 当該事業に係る歳入歳出予算書の抄本（別紙3）

(2) その他参考資料（見積書、請求書の写し等）

別紙1の支援金申請額合計  
を記入してください。

## 経 費 所 要 額 調 書

(2-1) (2-2) の合計額を  
記入してください

医療機関名：医療法人社団與惣会 ハナカワ医院

区 分	総事業費 (円) A 収入額 (円) B	その他の 補助金等の C	差引額 (A - B) C	支援金 申請額 (円) D
東京都北区COVID-19医療提供体制整備事業 (合計)				
(1) 検査体制拡充整備事業	記入不要です			
(2-1) 検体採取医療機関支援事業 (検体採取)	/			500,000
(2-2) 検体採取医療機関支援事業 (施設整備)				左欄Cの額 (上限500,000)
(3) 入院患者受入医療機関支援事業				
(4) 院内感染防止施設整備補助事業				
(5-1) 発熱者診療及び検査医療機関に対する 支援事業 (発熱者診療医療機関)	/			
(5-2) 発熱者診療及び検査医療機関に対する 支援事業 (検査医療機関及び在宅診療医療機関)	/			
(6-1) 小児の感染症、発熱者対応機能を 維持・確保するための支援事業 (小児等医療機関)	/			
(6-2) 小児の感染症、発熱者対応機能を 維持・確保するための支援事業 (小児救急医療機関)	/			
(7-1) 新型コロナウイルスワクチン接種体制 協力医療機関に対する支援事業 (ワクチン接種医療機 関)	/			
(7-2) 新型コロナウイルスワクチン接種体制 協力医療機関に対する支援事業 (施設整備)				
(7-3) 新型コロナウイルスワクチン接種体制 協力医療機関に対する支援事業 (出務医師)	/			
(8) 軽快患者転院連携支援事業	/			

注) 各欄は、別紙2「支出予定額明細書」の注意書きを参照の上、記入すること。

別紙 2-2・①の金額  
+  
別紙 B・③の金額  
を記入してください

東京都からの補助交付額を  
記入してください  
(別紙 A・②の額です)

## 支 出 予 定 額 等 明 細 書

検査機関名をご記入ください  
(医療機関名ではありません)

医療機関名： 医療法人社団與惣会 ハナカワ医院

支出予定額積算内訳

検体採取医療機関

区分	申請額	検体検査依頼機関
検体採取分	¥500,000	

施設整備費用

検体採取に関わる院内感染防止を目的とするものをご記入ください  
品目欄が不足する場合には別に参考資料を添付してください

区分	品目	メーカー	規格	数量	単価 (税込)	金額 (税込)	申請額 (上限50万円)
施設整備分							①
総事業費 (北区申請分)							

※見積書又は請求書の写しを添付すること。

※東京都の補助金（100万円等）についての申請内容が分かる資料の写しを添付すること。

※総事業費は別紙1「経費所要額調査」のA欄「総事業費」と一致させること。

※申請には下記いずれかの実施が必須です（実施有無に○をつけてください）。

内 容	実施有無
東京都発熱相談センターからの紹介患者	有 ・ 無
他の医療機関や保健所からの紹介患者・検査要請	有 ・ 無
区や保健所の取組みへの協力（具体的に：_____）	有 ・ 無

東京都への申請分との重複有無を確認するため、  
申請時資料写し等、品目の分かるものを添付ください  
※別紙A、別紙B参照

北区への支援金申請額について  
合計額をご記入ください  
なお、日常的な消耗品（マスク、消毒液等）は  
対象となりません

東京都による支援事業です

様式5-1

所要額精算書\_医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

報告日	令和3年1月24日	(入力形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り (表示は、元号表示になります)
-----	-----------	--

施設概要

助産所コードを有さない助産所は「999999999」を入力してください

医療機関等 コード(10桁)	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	施設名称	医療法人社団與惣会 ハナカワ医院
-------------------	---------------------	------	------------------

管理者職名	院長	管理者氏名	花川 花子
-------	----	-------	-------

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
	事務	北区 太郎	03-0000-0000	abcd@ef.ghi.ne.jp

所在地	郵便番号	都道府県	市区町村以降
	0 0 0 - 0 0 0 0	東京都	北区王子本町1-15-22

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」の支援金の申請をしておらず、申請する予定もない	はい	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 ご注意ください。
--	----	--

事業実施実績

【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した費用】

科目		支出済額(円)	収入額(円)
支出	賃金・報酬	0	
	謝金	0	
	会議費	0	
	旅費	0	
	需用費	0	
	役員費	0	
	委託料	0	
	使用料及び賃借料	0	
	備品購入費	1,024,998	
	②_支出合計額	1,024,998	
収入	③_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
④_支出合計額-収入額(円)(②-③)			1,024,998
⑤_既交付額(概算受入額)(円)			1,000,000
⑥_補助金所要額(精算額)(円)(④と⑤のいずれか小さい額) (1000円未満切捨)			1,000,000
返還額(精算残額)(円)(⑤-⑥)			0

交付決定通知書に記載された金額をそのまま記載下さい。

②東京都からの補助交付額  
(別紙1、別紙3で使用します)

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	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。
--	----	---



別紙1の支援金申請額合計（同金額）をご記入ください

東京都北区COVID-19医療提供体制整備支援金に係る歳入歳出予算書抄本

収入の部		支出の部	
支援金	<input type="text"/> 円	事業費	円
(1) 検査体制拡充整備事業	円	(1) 検査体制拡充整備事業	円
(2) 検体採取医療機関支援事業	<input type="text"/> 円	(2) 検体採取医療機関支援事業	<input type="text"/> 円
(3) 入院患者受入医療機関支援事業	円	(3) 入院患者受入医療機関支援事業	円
(4) 院内感染防止施設整備補助事業	円	(4) 院内感染防止施設整備補助事業	円
(5) 発熱者診療及び検査医療機関に対する支援事業	円	(5) 発熱者診療及び検査医療機関に対する支援事業	円
(6) 小児の感染症、発熱者対応機能を維持・確保するための支援事業	円	(6) 小児の感染症、発熱者対応機能を維持・確保するための支援事業	円
(7) 新型コロナウイルスワクチン接種体制協力医療機関に対する支援事業	円	(7) 新型コロナウイルスワクチン接種体制協力医療機関に対する支援事業	円
(8) 軽快患者転院連携支援事業	円	(8) 軽快患者転院連携支援事業	円
寄付金	円		
その他補助金等	<input type="text"/> 円		
合計	<input type="text"/> 円	合計	円

上記のとおり相違ありません。

青枠の合計をご記入ください

記入不要です

年 月 日

医療機関所在地： 北区王子本町1-15-22

医療機関名： 医療法人社団與惣会 ハナカワ医院

代表者職氏名： 院長 花川 花子

別紙2-2・①の金額  
+  
別紙B・③の金額を  
ご記入ください

別紙A・②の金額をご記入ください

