

【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への申請記入例】

法人格の場合、正式名称でご記入ください

第1号様式（第5条関係）

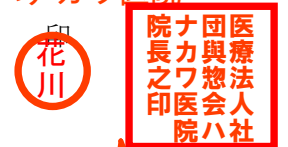
記入不要です

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 ハナカワ医院
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



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）

申請金額
3,000,000 または
500,000
を記入してください。

経 費 所 要 額 調 書

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)	その他の 補助金等の A 収入額 (円) B	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)				3,000,000 又は 500,000
(1) 検査体制拡充整備事業				
(2-1) 検体採取医療機関支援事業 (検体採取)				
(2-2) 検体採取医療機関支援事業 (施設整備)				
(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)			記入不要です	
(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)			500,000 又は 500,000	500,000 又は 500,000
(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)			3,000,000 又は 3,000,000	3,000,000 又は 3,000,000
(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。

支出予定額等明細書

医療機関名： **医療法人社団與惣会 ハナカワ医院**

該当する場合は3,000,000円

支出予定額積算内訳

(1) 小児科分

区分	申請額
小児科分	

(2) 小児救急医療機関分

区分	申請額
小児救急分	

※「申請額」は、別紙1「経費所要額調書」のD欄「支援金申請額」と一致させること。

※添付書類等は必要ありませんが、保健所等に確認の上、申請内容についてお問い合わせをすることがあります。

(北区小児診療事業への協力) 令和元年から令和2年

内容	参加の有無 (○をつけてください)
北区乳幼児集団健診(保健センター)	有 ・ 無
北区子ども夜間救急事業	有 ・ 無
北区医師会電話相談(小児)	有 ・ 無
感染症定点(小児)	有 ・ 無

※(1)(2)の申請には、上記北区小児医療保健事業のいずれかに、令和元年から令和2年の間に参加した医師が所属する医療機関であることが必要です。

(3) 耳鼻咽喉科分

区分	申請額
耳鼻咽喉科分	

※添付書類等は必要ありませんが、保健所等に確認の上、申請内容についてお問い合わせをすることがあります。

いずれかに500,000を記載

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 style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> 円	事業費 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> 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 円	(2) 検体採取医療機関支援事業 円
(3) 入院患者受入医療機関支援事業 円	(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 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> 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 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> 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 円	
合計 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> 円	合計 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> 円

上記のとおり相違ありません。

内に申請金額
3,000,000 または
500,000
を記入してください。

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

印
または

