

# 「医療機関・薬局等における 感染拡大防止等支援事業」

## 事業実績報告マニュアル

～医療機関等用～

Ver 1.0 2020.09.28

問合せ先	
制度や対象施設・経費等に関する こと、申請に関すること	→ 宮崎県新型コロナウイルス慰労金・支援金コールセンター 電話番号 0985-68-3148 受付時間 平日9:00～17:00 (「医療分支援金について」とお伝えください)

送付先	※内容に応じて、①、②の番号へ送付してください
②事業実績報告 (紙媒体)	→ (紙媒体郵送先) 〒880-8501 (住所不要) 宮崎県 国民健康保険課 電話番号：0985-26-7063 メールアドレス：kokuho@pref.miyazaki.lg.jp

## 目次

1. 事業実績報告とは	・・・3
(1) 事業実績報告書等の提出期限・提出方法等	・・・3
2. 事業実績報告書等の作成	・・・4
(1) 事業実績報告書等の様式の入手	・・・4
(2) 事業実績報告書等の様式の入力	・・・4
1) 作成が必要な様式	・・・4
2) 「様式5 所要額精算書」の入力	・・・4
3) 「様式4 事業実績報告書」の確認、入力	・・・8
4) 「支出明細書」の入力	・・・9
3. 事業実績報告書等の提出	・・・10

## 1. 事業実績報告とは

概算額で補助金を申請し、補助金の交付を受けた場合、提出期限までに、都道府県に対して、所定の様式（※）を用い、事業実績報告を行っていただく必要があります。

※ 都道府県により様式が異なる可能性がありますので、本県の様式を使用し、実績報告を行うようお願いします（他の様式で実績報告を行った場合、再提出等が必要になる場合がありますので、ご注意ください）。

### (1) 事業実績報告書等の提出期限・提出方法等

#### 【提出期限】

事業の完了の日から起算して30日を経過した日、または最終提出期限：令和3年4月20日（火）のいずれか早い期日まで（必着）に事業実施報告書等を提出する必要があります。

※支出実績が補助額を超えた場合は提出可能となりますので、なるべく早めに提出をお願いします。

#### 【提出先及び提出方法】

宮崎県 国民健康保険課 まで、封筒の表面に「医療分支援金 事業実績報告書等在中」と朱書きの上、郵送でご提出ください。

〒880-8501

宮崎県宮崎市橘通東2丁目10番1号

宮崎県国民健康保険課

#### 【提出書類】

- ①事業実績報告書（様式4）
- ②所要額精算書（様式5）
- ③支出明細書

## 2. 事業実績報告書等の作成

### (1) 事業実績報告書等の様式の入手

- エクセルファイルの事業実績報告書等の様式は、以下のホームページからダウンロードしてください。

宮崎県ホームページ

<https://www.pref.miyazaki.lg.jp/choju/covid-19/jigyosha/20200720150044.html>

>トップ>宮崎県コロナウイルス感染症対策特設サイト>事業者の皆様>医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援（医療分支援金）

- 事業実績報告書等様式をダウンロードできる環境にない場合は、紙媒体の事業実績報告書等の様式を以下でお受け取りください。
  - ・宮崎県医師会(0985-22-5118)・宮崎県歯科医師会(0985-29-0055)・宮崎県薬剤師会(0985-26-7755)の会員の方は、所属団体にお問い合わせください。
  - ・上記以外の方は、宮崎県国民健康保険課(0985-26-7063)まで御連絡ください。

### (2) 事業実績報告書等の様式の入力

#### 1) 作成が必要な様式

以下の3つの書類の作成が必要になります。

- ①「様式4 事業実績報告書」
- ②「様式5 所要額精算書」
- ③「支出明細書」

様式5→様式4→支出明細書の順番で作成。

#### 2) 「様式5 所要額精算書」の入力

- ②「様式5 所要額精算書」シート内の水色のセルが各医療機関等に入力いただく「必須項目」です。「必須項目」に入力漏れがあると、適切な実績報告を行ったことにならず、再提出等が必要になる場合がありますので、漏れなく入力するようお願いします。
- ②「様式5 所要額精算書」シートの「必須項目」を入力いただくと、①「様式4 事業実績報告書」の日付及び文書番号以外の項目が自動的に転記されます。

**※ 手書きの場合は、自動で転記されません。**

【必須項目】

- ① 報告日
- ② 医療機関等コード
- ③ 施設名称
- ④ 管理者職名
- ⑤ 管理者氏名
- ⑥ 連絡先
- ⑦ 所在地
- ⑧ 他の補助事業に関する確認
- ⑨ 支出済額
- ⑩ 収入額
- ⑪ 補助金交付決定額
- ⑫ 補助金交付確定額（自動転記）
- ⑬ 精算額（自動転記）
- ⑭ 支出に関する確認

様式5 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

① 報告日 令和2年8月14日

② 医療機関等コード 1 3 3 3 4 5 6 7 8 9 0

③ 施設名称 医療法人社団〇〇〇 △△△病院

④ 管理者職名 〇〇〇〇

⑤ 管理者氏名 〇〇〇〇

⑥ 連絡先 〇〇部 〇〇〇〇 〇〇-xxxx-xxxx

⑦ 所在地 東京都 中央区日本橋〇-〇-〇

⑧ 「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

⑨

科目	支出済額 (円)	収入額 (円)
賃金・報酬	2,000,000	
雑費	400,000	
会議費	500,000	
旅費	135,500	
雑用費	4,500,000	
役員費	1,500,000	
修繕料	1,500,000	
修繕料及び雑費	3,000,000	
雑当入金費	4,000,000	
収入	17,535,500	0
⑩ 収入額		0
⑪ 補助金交付決定額	17,535,500	
⑫ 補助金交付確定額 (円)	17,000,000	
⑬ 精算額 (円)	17,000,000	
⑭ 支出に関する確認	はい	

⑩ 備考 収入があれば内容を記入

⑪ 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員費は含まれていない。

【① 報告日】

記入を完了して、実績報告書等を提出する日を入力してください。

ここで入力した日付が、「様式4 事業実績報告書」の報告日に自動転記されます\*ので、ご注意ください。

※ 手書きの場合は、自動で転記されません。

報告日	令和2年8月14日
-----	-----------

【② 医療機関等コード】

都道府県番号2桁、点数表番号1桁、郡市区番号2桁、医療機関等番号4桁、検証番号1桁の算用数字を組み合わせた計10桁の医療機関等コードを入力してください。助産所コードを有さない助産所は「9999999999」を入力してください。

なお、申請時と医療機関等コードが変わっている場合は、申請時の医療機関等コードを入力して下さい。

医療機関等 コード (10桁)	4	5	1	4	5	6	7	8	9	0
	都道府県 番号		点数表 番号	郡市区 番号		医療機関等 番号				検証 番号

(参考) 別紙 都道府県番号一覧及び点数表番号一覧

【③ 施設名称】

施設名称を入力してください。

施設名称	医療法人社団〇〇〇 △△△病院
------	-----------------

【④ 管理者職名】・【⑤ 管理者氏名】

管理者の職名及び氏名を入力してください。ここで入力された管理者の情報が「様式4 事業実績報告書」の代表者として自動転記されます\*ので、ご注意ください。

※ 手書きの場合は、自動で転記されません。

管理者職名	病院長	管理者氏名	〇〇〇〇
-------	-----	-------	------

【⑥ 連絡先】

報告内容に疑義や不備等があった場合に、確認させていただく際の連絡先をご入力ください。

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
	〇〇部	〇〇〇〇	03-xxxx-xxxx	〇〇〇〇@〇〇.〇〇

【⑦ 所在地】

実績報告を行う医療機関等の所在地を入力してください。

所在地	郵便番号							都道府県	市区町村以降
	1	2	3	-	4	5	6	7	東京都

【⑧ 他の補助事業に関する確認】

「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」の支援金と重複して、本事業の補助金を受けることはできません。

「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・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
--	----

【⑨ 支出済額】 / 【⑩ 収入額】 / 【⑪ 補助金交付決定額】 / 【⑫ 補助金交付確定額】 / 【⑬ 精算額】

対象期間（令和2年4月1日から令和3年3月31日）に、支出した各対象科目の費用の額を、ご入力ください。

科目		支出済額 (円)
支出	賃金・報酬	2,000,000
	謝金	400,000
	会議費	500,000
	旅費	135,500
	需用費	4,500,000
	役員費	1,500,000
	委託料	1,500,000
	使用料及び賃借料	3,000,000
	備品購入費	4,000,000
	② 支出合計額	17,535,500
収入	③ 上記支出に対する主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)		17,535,500
⑤ 補助金交付決定額 (円) (1000円未満切捨)		17,000,000
⑥ 補助金交付確定額 (円) (④と⑤のいずれか小さい額) (1000円未満切捨)		17,000,000
精算額 (円) (⑤-⑥) (1000円未満切捨)		0

【⑨ 支出済額】  
対象期間に支出した各対象科目の費用について、ご記載ください。対象となる支出について、報告漏れのないようご注意ください。

支出合計額が補助交付申請額を超えても差し支えありません。(都道府県の審査において、一部補助対象と認められなかった場合なども考慮してください)

【⑩ 収入額】  
上記の費用に対して、本補助金以外の寄付金やその他の収入がある場合はその金額を、ない場合は「0」円をご入力下さい。収入がある場合は右側備考に名称記入  
交付決定通知書を確認し、  
ご記載下さい。

【⑫ 補助金交付確定額】  
自動計算※されます。

【⑪ 補助金交付決定額】  
必ず交付決定通知書に記載のある額と同じ額を入力して下さい。交付決定通知書と異なる額を入力された場合、再提出等が必要になる場合があります。

【⑬ 精算額】  
自動計算※されます。精算額が「0」でない場合は、精算（補助金の返還）が必要となります。対象となる支出について、報告漏れのないようご注意ください。

※ 手書きの場合は、自動で計算されませんので、計算結果をご記載ください。

各対象科目に該当する費用については、例えば、以下のようなものが考えられますが、あくまで例であり、感染拡大防止対策に要する費用に限られず、院内等での感染拡大を防ぎながら地域で求められる医療を提供するための診療体制確保等に要する費用について、幅広く補助の対象経費となります。

ただし、「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」は対象外です。

- ・賃金・報酬；感染防止対策を実施する者を新規に雇用した際の賃金 等
- ・謝金；感染拡大防止の勉強会を実施するための講師謝金 等
- ・会議費；感染拡大防止の勉強会のための会場費 等

- ・旅費；感染拡大防止研修のための医師派遣にかかる旅費 等
- ・需用費；消耗品（マスクや消毒用アルコール等）費 等
- ・役務費；職員の感染に係る保険料 等
- ・委託料；施設内の清掃委託、洗濯委託、消毒委託、検査委託、感染性廃棄物処理委託、レイアウト変更のための委託費用 等
- ・使用料及び賃借料；寝具リース料 等
- ・備品購入費；HEPA フィルター付き空気清浄機の購入費 等
- ・その他の収入：本支援金以外の「〇〇市×××補助金」「～～機器購入に対する寄付金」等や、本支援金で購入した物を販売する「除菌アルコール販売分」等

【14 支出に関する確認】

⑨ 支出済額の「賃金・報酬」に、本事業の対象とはならない「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」が含まれていないことの確認です。含まれている場合は、「賃金・報酬」の支出済額から差し引いた上で、「はい」を選択してください。

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
--	----

3) 「様式4 事業実績報告書」の確認、入力

「様式5 所要額精算書」のシートの「必須項目」に入力いただくと、「様式4 事業実績報告書」の以下の項目が自動で転記されます※ので、内容に間違いがないか確認してください。

※ 手書きの場合は、自動で転記されませんので、「様式5 所要額精算書」と同じ内容をご記載ください。

【確認項目】

- ・ 報告日
- ・ 宛名（医療機関等の所在地の都道府県知事）
- ・ 所在地/施設名/代表者名
- ・ 精算額

様式4	報告日 令和2年8月14日
宛名 東京都知事 殿	所在地/施設名/代表者名 東京都中央区日本橋〇-〇-〇 医療法人社団〇〇〇 △△△病院 病院長 〇〇〇
令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業）の事業実績報告書	
令和●年●月●日付け、第●●●号をもって交付決定を受けて標記補助金に係る事業実績について、次の関係書類を添えて報告する。	
1 精算額	金 0円
2 所要額精算書	（様式5）
3 領収書等貼付用紙	（様式0-1～様式0-9） 領収書、納品書、振込額がわかる資料（通帳の写しなど）等の支出内容とその金額が証明できる書類も併せて添付すること



4) 支出明細書の入力

様式5の支出科目ごとに支出明細書を作成してください。

日付は支払日を記入し、内容に購入した物等の詳細を記入してください。

金額は入力すると下部合計が自動計算されますので、様式5の支出済額と一致しているか確認をお願いします。

**※ 手書きの場合は、自動計算されませんので、ご自身で額が一致しているかご確認ください。**

医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業 実績報告 支出明細書

科目  施設名称

感染拡大防止や診療体制確保等に要する費用に支出したことについて証明できる帳簿等は、県からの求めに応じて提示できるよう保管・整理しておいてください。

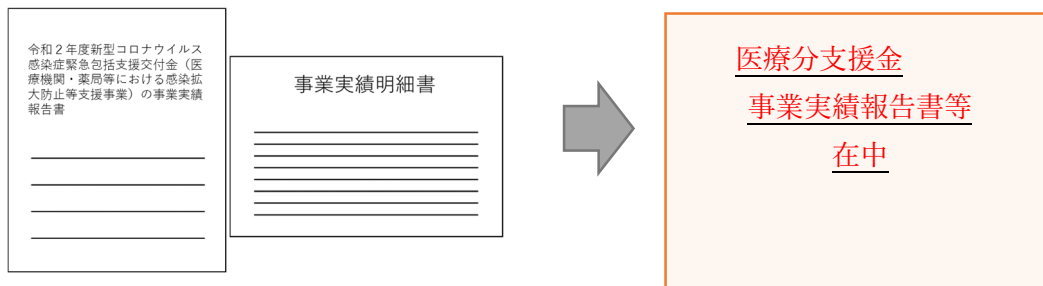
日付	内容	金額(円)
1 R2. 8. 10	マスク 300枚	30,000
2 R2. 8. 20	フェイスシールド 20個	20,000
3 R2. 8. 25	消毒用アルコール 50リットル	500,000
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50	合計	550,000

・日付は支払日としてください。内容が分かるように記載してください。(〇月分) などある場合は記載してください。  
 ・行が足りない場合は、適宜追加してください。

様式5の支出科目ごとの「支出済額」と一致しているか確認

### 3. 事業実績報告書等の提出

事業実績報告書等の作成が完了したら、提出先である宮崎県国民健康保険課宛に、封筒の表面に「医療分支援金 事業実績報告書等在中」と朱書きの上、最終提出期限：令和3年4月20日（火）までに郵送（必着）でご提出ください。



## 医療機関等コード；都道府県番号一覧

都道府県	コード	都道府県	コード	都道府県	コード
北海道	01	石川県	17	岡山県	33
青森県	02	福井県	18	広島県	34
岩手県	03	山梨県	19	山口県	35
宮城県	04	長野県	20	徳島県	36
秋田県	05	岐阜県	21	香川県	37
山形県	06	静岡県	22	愛媛県	38
福島県	07	愛知県	23	高知県	39
茨城県	08	三重県	24	福岡県	40
栃木県	09	滋賀県	25	佐賀県	41
群馬県	10	京都府	26	長崎県	42
埼玉県	11	大阪府	27	熊本県	43
千葉県	12	兵庫県	28	大分県	44
東京都	13	奈良県	29	宮崎県	45
神奈川県	14	和歌山県	30	鹿児島県	46
新潟県	15	鳥取県	31	沖縄県	47
富山県	16	島根県	32		

## 医療機関等コード；点数表番号一覧

点数表	コード
助産所	0
医科	1
歯科	3
調剤	4
訪問看護	6