

令和●年●月●日

愛知県知事 殿

住 所 **名古屋市中区三の丸三丁目1-2**  
 補助事業者名 **医療法人なごや**  
 代表者職・氏名 **理事長 ●● ●●**  
 連絡担当者氏名 **事務部 ○○ ○○**  
 電 話 番 号 **○○○-○○○-○○○○**  
 メールアドレス **○○○@○○○**

交付要綱の対象経費①には必ず充当してください。

なお、上乘せ交付に該当する場合は、①の充当額は上乘せ額（（重症患者数×20万円）+（重篤患者数×40万円）以上の額としてください。

令和3年度愛知県医療従事者応援金事業実績報告書

令和●年●月●日付け**3医務**第●●●●●号で交付決定通知のあった愛知県医療従事者応援金については、下記のとおり使用しましたので「令和2年度愛知県医療従事者応援金交付要綱」第10条の規定に基づ

【例 交付決定額が、7,500,000円の場合】  
 実績報告では、実際に支払った額を記載してください。  
 この場合でも、補助金額は7,500,000円になります。

記

金 **7,505,432円**

【添付資料】

- (1) 手当支給単価とその要件が分かる資料（規定、内規等の写し）
- (2) 対象者の給与明細等、手当支給を証明する資料
- (3) 手当支給の積算根拠資料（職員氏名、職種、支給単価、従事日数等が記載されていること）

(内訳)

用途	金額
新型コロナウイルスに感染した患者又はその疑いのある患者に対応した医療従事者に対して支払う手当（危険手当） <b>医師 4～6月支給分（500人×日当5,000円）</b>	<b>2,500,000円</b>
新型コロナウイルスに感染した患者又はその疑いのある患者に対応した医療従事者に対して支払う手当（危険手当） <b>看護師・臨床検査技師 4～6月支給分（800人×日当3,000円）</b>	<b>2,400,000円</b>
新型コロナウイルス患者に対応する医療従事者の宿泊費	<b>560,000円</b>
防疫資材（マスク、ゴーグル、ガウン）	<b>700,000円</b>
消毒資材（アルコール製剤、塩化ベンザルコニウム）	<b>700,000円</b>
医療従事者用更衣室の設置費	<b>645,432円</b>
合計	<b>7,505,432円</b>

【添付資料】：納品書及び領収書の写し等

※本書の提出にあたっては、用途の根拠となを担当した職員の給与明細、新型コロナウイルス物品の納品書の写し等、上記用途を証明するための書類を添付すること。

【添付資料】

契約書（又は請書）、仕様書及び領収書の写し等

**報告方法について不明点がある場合は、県担当者にご相談ください。**

補助対象経費（手当分）計算書

**(3) 手当支給の  
積算根拠資料  
添付書類例**

1 支給単価及び要件

番号	単価		要件
	単位	金額	
<b>1</b>	<b>日額</b>	<b>¥5,000</b>	<b>新型コロナウイルスに感染した患者又はその疑いのある患者に対応した医師</b>
<b>2</b>	<b>日額</b>	<b>¥3,000</b>	<b>新型コロナウイルスに感染した患者又はその疑いのある患者に対応した看護師</b>
<b>3</b>	<b>日額</b>	<b>¥3,000</b>	<b>新型コロナウイルスの付着した検体を取り扱った臨床検査技師</b>

2 支給実績

番号	単価①	延べ人数②*	支給額①×②
<b>1</b>	¥5,000	<b>500人</b>	¥2,500,000
<b>2</b>	¥3,000	<b>700人</b>	¥2,100,000
<b>3</b>	¥3,000	<b>100人</b>	¥300,000
<b>4</b>	¥0		¥0
合計支給額			¥4,900,000
うち補助対象経費			<b>¥4,900,000</b>

\*延べ人数は参考様式②の各単価従事日（月）数の総合計と一致

※上記内容が確認できる資料があれば、本様式の作成は不要とします。  
 ※必要に応じ、改変して使用してください。

新型コロナウイルス感染症患者等対応手当支給実績内訳書

**(3) 手当支給の  
積算根拠資料  
添付書類例**

支給月		令和3年4月（令和3年3月分）			支給額	備考
職員名	職種	従事日数*				
		単価1 ¥5,000	単価2 ¥3,000	単価3 ¥3,000		
〇〇 〇〇	医師	22			¥110,000	
〇〇 〇〇	医師	22			¥110,000	
〇〇 〇〇	医師	22			¥110,000	
〇〇 〇〇	医師	22			¥110,000	
〇〇 〇〇	医師	22			¥110,000	
〇〇 〇〇	医師	20			¥100,000	
〇〇 〇〇	医師	20			¥100,000	
〇〇 〇〇	医師	20			¥100,000	
〇〇 〇〇	医師	20			¥100,000	
〇〇 〇〇	看護師		22		¥66,000	
〇〇 〇〇	看護師		22		¥66,000	
〇〇 〇〇	看護師		22		¥66,000	
〇〇 〇〇	看護師		22		¥66,000	
〇〇 〇〇	看護師		22		¥66,000	
〇〇 〇〇	看護師		20		¥60,000	
〇〇 〇〇	看護師		20		¥60,000	
〇〇 〇〇	看護師		20		¥60,000	
〇〇 〇〇	臨床検査技師			15	¥45,000	
〇〇 〇〇	臨床検査技師			10	¥30,000	
〇〇 〇〇	臨床検査技師			10	¥30,000	
〇〇 〇〇	臨床検査技師			15	¥45,000	
〇〇 〇〇	臨床検査技師			10	¥30,000	
合計		190	170	60	¥1,640,000	

\*支給日（月）数の単価は参考様式①の1支給単価の番号と一致させてください。  
 \*適宜行を追加して作成してください。  
 \*必要に応じ、改変して使用してください。

支給月		令和3年5月（令和3年4月分）			支給額	備考
職員名	職種	従事日（月）数*				
		単価1 ¥5,000	単価2 ¥3,000	単価3 ¥3,000		
〇〇 〇〇	医師	20			¥100,000	
・・・	・・・	・・・			・・・	
・・・	・・・	・・・			・・・	
合計		20	0	0	¥●●●●●	

\*支給日（月）数の単価は参考様式①の1支給単価の番号と一致させてください。  
 \*適宜行を追加して作成してください。  
 \*必要に応じ、改変して使用してください。

支給月		令和3年6月（令和3年5月分）			支給額	備考
職員名	職種	従事日（月）数*				
		単価1 ¥5,000	単価2 ¥3,000	単価3 ¥3,000		
〇〇 〇〇	医師	20			¥100,000	
・・・	・・・	・・・			・・・	
・・・	・・・	・・・			・・・	
合計		20	0	0	¥●●●●●	

\*支給日（月）数の単価は参考様式①の1支給単価の番号と一致させてください。  
 \*適宜行を追加して作成してください。  
 \*必要に応じ、改変して使用してください。

手当内訳書

**(3) 手当支給の  
積算根拠資料  
添付書類例**

給与明細上の手当名： 特殊勤務手当

支給月		令和3年4月（令和3年3月分）		
職員名	コロナ対応	夜間診療手当	休日診療手当	合計
〇〇 〇〇	¥110,000	¥20,000	¥0	¥130,000
〇〇 〇〇	¥110,000	¥0	¥0	¥110,000
〇〇 〇〇	¥110,000	¥0	¥10,000	¥120,000
〇〇 〇〇	¥110,000	¥0	¥5,000	¥115,000
〇〇 〇〇	¥110,000	¥0	¥10,000	¥120,000
〇〇 〇〇	¥100,000	¥20,000	¥5,000	¥125,000
〇〇 〇〇	¥100,000	¥10,000	¥5,000	¥115,000
〇〇 〇〇	¥100,000	¥10,000	¥10,000	¥120,000
〇〇 〇〇	¥100,000	¥10,000	¥10,000	¥120,000
〇〇 〇〇	¥66,000	¥20,000	¥0	¥86,000
〇〇 〇〇	¥66,000	¥0	¥0	¥66,000
〇〇 〇〇	¥66,000	¥10,000	¥0	¥76,000
〇〇 〇〇	¥66,000	¥0	¥0	¥66,000
〇〇 〇〇	¥66,000	¥0	¥0	¥66,000
〇〇 〇〇	¥60,000	¥0	¥0	¥60,000
〇〇 〇〇	¥60,000	¥0	¥5,000	¥65,000
〇〇 〇〇	¥60,000	¥0	¥5,000	¥65,000
〇〇 〇〇	¥45,000	¥0	¥0	¥45,000
〇〇 〇〇	¥30,000	¥0	¥10,000	¥40,000
〇〇 〇〇	¥30,000	¥10,000	¥0	¥40,000
〇〇 〇〇	¥45,000	¥20,000	¥0	¥65,000
〇〇 〇〇	¥30,000	¥0	¥5,000	¥35,000

支給月		令和3年5月（令和3年4月分）		
職員名	コロナ対応	夜間診療手当	休日診療手当	合計
〇〇 〇〇	¥100,000	¥10,000	¥0	¥110,000
・・・	・・・	・・・	・・・	・・・
・・・	・・・	・・・	・・・	・・・

支給月		令和3年6月（令和3年5月分）		
職員名	コロナ対応	夜間診療手当	休日診療手当	合計
〇〇 〇〇	¥100,000	¥10,000	¥0	¥110,000
・・・	・・・	・・・	・・・	・・・
・・・	・・・	・・・	・・・	・・・

- \* 「コロナ対応」欄は応援金で支給した金額と一致させてください。
- \* 「合計」欄は給与明細に記載されている手当額と一致させてください。
- \* 適宜行を追加して作成してください。
- \* 上記内容が確認できる資料があれば、本様式の作成は不要とします。
- \* 必要に応じ、改変して使用してください。