

**例① 法人や組合組織の場合**

- 住所：法人本部や登記上の住所
- 補助事業者名：原則「法人名称」のみ  
(病院名は不要)
- 代表者職・氏名：理事長 ●●●●

※ 病院長や会計管理者等、代表者以外を申請者として申請する場合は、別途委任状の提出が必要となる場合があります。

愛知県知事 殿

**例② 公立病院の場合**

- 住所：代表機関の住所  
(市町村役場の代表住所等)
- 補助事業者名：●●市立●●病院
- 代表者職・氏名：●●市長 ●●●●

※ 病院長や会計管理者等、代表者以外を申請者として申請する場合は、別途委任状の提出が必要となる場合があります。

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 ○○○@○○○

今後の提出書類も表記を統一してください。

令和3年度愛知県医療従事者応援金交付申請書

「愛知県医療従事者応援金交付要綱」に基づき、下記のとおり応援金の交付を申請します。なお、証拠書類は別添のとおりです。

記

ここには実際の「申請額」を記載してください。  
 (=別紙1の「選定額」)  
 この例では、申請額<基準額のパターンを示しています。

応援金交付申請額 金 **16,800,000**円

(交付基準額 10月まで退院分)

ここには「基準額の合計」を記載してください。  
 (=別紙1の「基準額」)

患者の状態	患者人数 <sup>※1</sup>							患者No <sup>※2</sup>	基準額	
	名古屋市	豊橋市	岡崎市	一宮市	豊田市	その他	合計			
軽症・中等症 <sup>※3</sup>	4人	2人	人	人	人	1人	7人	別紙様式	7,000,000円	
重症 <sup>※4</sup>	2人	人	人	人	人	人	2人	別紙様式	4,000,000円	
重篤 <sup>※5</sup>	人	1人	人	人	人	人	1人	別紙様式	4,000,000円	
小計	6人	3人	人	人	人	1人	10人		15,000,000円	
上乗せ分(重症) <sup>※7</sup>	—									400,000円
上乗せ分(重篤) <sup>※7</sup>	—									400,000円
合計	—									15,800,000円

重症患者人数(合計) × 20万円

重篤患者人数(合計) × 40万円

(裏面に続く)

(交付基準額 11月から退院分)

患者の状態	患者人数 <sup>※1</sup>							患者№ ※2	基準額
	名古屋市	豊橋市	岡崎市	一宮市	豊田市	その他	合計		
軽症・中等症 <sup>※3</sup>	人	人	1人	1人	人	人	2人	別紙様式	200,000円
ネーザルハイフロー対応 <sup>※6</sup>	人	人	人	人	1人	人	1人	別紙様式	200,000円
重症 <sup>※4</sup>	人	人	人	人	人	1人	1人	別紙様式	500,000円
重篤 <sup>※5</sup>	人	人	人	人	人	人	人		円
小計	人	人	1人	1人	1人	1人	4人		900,000円
上乗せ分(重症) <sup>※7</sup>	重症患者人数(合計) × 20万円								200,000円
上乗せ分(重篤) <sup>※7</sup>	—								円
合計	重篤患者人数(合計) × 40万円								1,100,000円

※1：患者人数欄は居住地毎に患者の人数内訳を記入すること。

※2：患者№欄には患者人数欄に対応する患者のナンバーを記入すること。

患者数が多く、患者№欄に書き切れない場合は別紙様式へ記入すること。

※3：軽症・中等症の患者人数は、全患者から重症<sup>※4</sup>、重篤<sup>※5</sup>、ネーザルハイフロー対応<sup>※6</sup>の患者を除いた数を記入すること。

※4：重症とは患者に気管挿管を伴う人工呼吸器を装着又はICUで対応した場合を指す。

※5：重篤とは重症状態の患者にECMOを装着した場合を指す。

※6：ネーザルハイフロー対応とは患者にネーザルハイフローを装着した場合を指す。

※7：上乗せ分は、重症患者1人当たり20万円を、重篤患者1人当たり40万円をかけた金額を記入すること。

**添付書類**

- (1) 令和3年度愛知県医療従事者応援金所要額調書(別紙1)
- (2) 令和3年度愛知県医療従事者応援金使用計画書(別紙2)
- (3) 令和3年度新型コロナウイルス感染症入院患者受入報告書(別紙3)
- (4) ECMOを装着したことがわかる資料(患者の状態が「重篤」である場合に限る(様式任意))
- (5) ネーザルハイフローを装着したことがわかる資料(患者の状態が「ネーザルハイフロー対応」である場合に限る(様式任意))

(10月まで退院分)

患者の状態	患者人数	患者№
軽症・中等症	7人	1, 2, 4~7, 10
重症	2人	3, 8
重篤	1人	9
合計	10人	—

(11月から退院分)

患者の状態	患者人数	患者№
軽症・中等症	2人	11, 14
ネーザルハイフ ロー対応	1人	12
重症	1人	13
重篤	人	
合計	4人	—

様式第1号の患者No.欄に、患者No.をすべて記載できる場合は、この様式の提出は必要ありません。

## 令和 3 年度愛知県医療従事者応援金所要額調書

(単位：円)

退院月	患者の状態	受入患者数 (A)	患者 1 人当たり 基礎額 (B)	基準額 ( (A) × (B) ) (C)	対象経費の支出予定額 (D)	選定額 (C) と (D) のいずれか 少ない額 (E)
10月まで	軽症・中等症	7	100万円	7,000,000	16,800,000	16,800,000
	重症	2	200万円	4,000,000		
	重篤	1	400万円	4,000,000		
11月から	軽症・中等症	2	10万円	200,000		
	ネーザルハイフ ロー対応	1	20万円	200,000		
	重症	1	50万円	500,000		
	重篤		100万円			
	上乗せ分 (重症)	3	20万円	600,000		
	上乗せ分 (重篤)	1	40万円	400,000		
	計	—	—	16,900,000		

円単位で記載してください

## 令和3年度愛知県医療従事者応援金使用計画書

用途	金額
①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	
<b>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、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。</b>	<b>13,000,000</b>
②医療従事者が家族の感染の防止のためホテル等宿泊施設に宿泊した費用に対する手当	<b>750,000</b>
③妊娠中の医療従事者、学校等が臨時休業となった生徒、児童を持つ医療従事者、濃厚接触者となったため自宅待機する医療従事者の代替職員の賃金	<b>0</b>
④新型コロナウイルス感染症患者の増加に伴い雇用した医療従事者の賃金（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除く。）	<b>1,800,000</b>
⑤その他、医療従事者の処遇改善に資する経費	<b>0</b>
⑥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するために医療機関が購入した機材・資材の経費	<b>400,000</b>
⑦新型コロナウイルスに感染した患者を医療機関が受け入れるために必要となった経費	<b>850,000</b>
合計	<b>16,800,000</b>

**別紙1の「対象経費の支出予定額  
(D)」と一致させてください。**

令和3年度新型コロナウイルス感染症入院患者受入報告書

医療機関名:

**医療法人〇〇会 〇〇〇病院**

**ここには、法人名だけでなく病院名まで分かるように記載してください。**

患者No.	居住地※1	入院指示のあった保健所名	年齢※2	性別	陽性確定日	入院日※3	退院日、退院基準該当日、又は死亡日	転院元 医療機関	転院先 医療機関	重症重篤 ネーザルハイフロー※4	重症、重篤又はネーザルハイフロー対応となった日※5	備考※6	県記入欄 ※何も記入しないでください
1	〇〇市	〇〇保健所	86	男	2021/8/2	2021/8/17	2021/9/12	〇〇〇〇病院(8/3~8/17)		1	2021/8/21		
2	〇〇市	〇〇保健所	65	男	2021/8/16	2021/8/17	2021/8/23		〇〇〇〇病院(8/23~)				
3	〇〇市	〇〇保健所	40	女	2021/8/17	2021/8/17	2021/9/17			2	2021/9/1		
<p><b>重篤患者またはネーザルハイフロー対応患者については、ECMOまたはネーザルハイフローで対応したことを示す資料(患者No.を記載する)を併せて提出してください。</b>  <b>例：ECMOまたはネーザルハイフローの稼働記録の写し(氏名・住所等個人を特定できる箇所はマスキングしてください)</b></p>													
<p><b>・本報告書を基に患者を照合しますので、正確に記載してください。</b>  <b>・1枚あたりの人数は5人以内としてください。また、患者照合のため、県で補記する場合がありますので、行、列の幅は変えないでください。</b></p>													

※1 愛知県内の場合：市町村名、外国の場合：国名、それ以外：都道府県名

※2 陽性確定日時点

※3 他の疾患等で新型コロナウイルス感染症陽性確定より前に入院していた場合は、陽性確定日を入院日として記入すること。

※4 重症(気管挿管を伴う人工呼吸器を装着又はICUで対応)の場合：1、重篤(ECMOを装着)の場合：2、ネーザルハイフロー対応の場合：3

※5 重症の場合は気管挿管を伴う人工呼吸器を装着又はICUで対応した初日、重篤の場合はECMOを装着した初日、ネーザルハイフロー対応の場合はネーザルハイフローを装着した初日

※6 死亡の場合は備考欄に「死亡」と記載する。

(注) 検疫経由は対象外とする。