

記載例

様式第1号

※病院長や会計管理者等、法人の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。

令和 年 月 日

愛知県知事 殿

法人等（補助事業者）住所 **名古屋市中区三の丸三丁目1-2**
法人名等（補助事業者名） **医療法人なごや**
代表者職・氏名 **理事長 ○○ ●●**
受入病院所在地 **名古屋市中区三の丸三丁目3-4**
受入病院名 **なごや記念病院**
連絡担当者氏名 **○○ ●●**
(文書交付先) **名古屋市中区三の丸三丁目1-2**
電話番号 **○○○ ●●● ○○○○**
メールアドレス **○○○ @ ○○○○**

令和5年度愛知県回復患者転院受入医療機関応援金交付申請書

「令和5年度愛知県回復患者転院受入医療機関応援金交付要綱」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。

応援金交付申請額 金 **480,000**円

記

ここには実際の「申請額」（＝別紙1の「選定額」）を記載してください。

（この記載例では、申請額<基準額のパターンを示しています。）

(交付基準額)

受け入れた患者の人数	基準額
5人	500,000円

ここには別紙1の「受入患者数」を記載してください。

ここには別紙1の「基準額」を記載してください。
(受入患者数×10万円)

- 添付書類 (1) 令和5年度愛知県回復患者転院受入医療機関応援金所要額調書 (別紙1)
(2) 令和5年度愛知県回復患者転院受入医療機関応援金使用計画書 (別紙2)
(3) 令和5年度新型コロナウイルス感染症回復患者転院受入報告書 (別紙3)

記載例

令和 5 年度愛知県回復患者転院受入医療機関応援金所要額調書

(単位：円)

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)
5	100,000	500,000	480,000	480,000

自動計算されます。

着色されたセルに入力してください。

令和 5 年度愛知県回復患者転院受入医療機関応援金使用計画書

用途	金額 (円)
①転院を受け入れた患者に対応した医療従事者に対して支払う手当	340.000
②患者の転院を受け入れるために医療従事者がホテル等宿泊施設に宿泊した費用に対する手当	0
③妊娠中の医療従事者、学校等 つ医療従事者、濃厚接触者とか 代替職員の賃金	0
④転院を受け入れたことによる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。）	0
⑤その他、医療従事者の処遇改善に資する経費	0
⑥転院を受け入れた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	140.000
⑦医療機関が患者の転院を受け入れるために必要となった経費	0
合計	480.000

記載例

＜令和 5 年度愛知県回復患者転院受入医療機関応援金 消費税等の取扱いについて＞
(該当する箇所にチェックマーク等を記載してください)

- 消費税及び地方消費税を含めない額で支給を受けます。
- 以下の場合に該当し、消費税及び地方消費税を含む額で支給を受けます。
(※該当する条件にもチェックマーク等を記載してください)
- 補助事業者が消費税法における納税義務者とならないことが見込まれる場合
- 補助事業者が免税事業者であることが見込まれる場合
- 補助事業者が簡易課税事業者であることが見込まれる場合
- 補助事業者が公益法人等で特定収入割合が 5 % を上回ることが見込まれる場合
- 税抜による補助対象経費が補助基準額を下回る場合
- その他消費税仕入控除税額確定後の返還を選択する場合

記載例

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	年齢※2	陽性確定日	退院基準該当日	転院受入日	転院元 医療機関	備考	県記入欄 ※何も記入しないでください
1	〇〇市	86	2023/4/16	2023/4/23	2023/5/1	医療法人〇〇会 〇〇〇病院		
2	〇〇市	65	2023/4/10	2023/4/17	2023/5/7	医療法人〇〇会 〇〇〇病院		
3	〇〇市	40	2023/4/25	2023/5/2	2023/5/7	医療法人〇〇会 〇〇〇病院		

※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