

事業実施計画書 医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

申請日	令和2年8月17日	(入力形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り (表示は、元号表示になります)	提出用ファイル 出力
-----	-----------	--	------------

施設概要

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

医療機関等コード(10桁)	0 1 3 5 7 3 2 5 8 4	施設名称	ひさつね歯科
管理者職名	院長	管理者氏名	久恒泰宏
連絡先	担当部署	担当者氏名	連絡先電話番号
	院長	久恒泰宏	0126-22-8866
所在地	郵便番号	都道府県	市区町村以降
	0 6 8 - 0 0 0 7	北海道	岩見沢市7条東6丁目11番地15
施設類型(プルダウンから選択)	無床診療所(歯科)	許可病床数 [※] (病院のみ記載)	a_補助上限額(基準額) (円)
			1,000,000

※原則として令和2年4月1日現在の医療法上の許可病床数

施設類型及び許可病床数に間違いがない	はい	施設類型及び許可病床数に間違いがない場合は、左の欄で「はい」を選択して下さい。 ※間違いがあり本来の補助金額を超過して補助金が支払われた場合、超過分は返還対象となります。
--------------------	----	--

口座情報

国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない (助産所コードを有さない助産所は、「いいえ」を選択してください)	はい	債権譲渡されていない場合は、「はい」を選択して下さい。債権譲渡されている場合は、国保連に登録されている口座への補助金の振込ができませんので、債権譲渡されていない口座の情報を提出していただく必要があります。
国保連合会による当該口座の債権譲渡に関する確認結果が都道府県に共有されることに同意する	はい	補助対象ではない債権譲渡先に補助金が渡ることを避けるため、国保連が保有している情報を用いて債権譲渡の有無に関して確認を行います。補助金交付過程において、その確認結果を都道府県に共有する必要があります。
国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込に使用することに同意する	はい	同意いただける場合は、「はい」を選択して下さい。

※なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみに用い、その他の目的で使用されることはありません。

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との重複について

「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	該当する場合は、「はい」を選択して下さい。 ※本事業と左記事業の補助は、重複して受けられませんので、 ご注意ください。
--	----	---

事業費用

【新型コロナウイルス感染症に対応した感染拡大防止対策や診療体制確保等に要する費用】

対象期間(令和2年4月1日から令和3年3月31日)に、支出が予定されている各科目の費用について概算額を、ご記載ください。
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も、幅広く補助の対象となります。
※令和2年4月1日から令和3年3月31日までにかかる費用が対象となりますので、支出済みの費用だけでなく、申請日以降に発生が見込まれる費用も合わせて、概算額で申請することも可能です。概算額で申請した場合、事後に実績報告が必要となるため、領収書等の証拠書類を保管しておいてください(実績報告の際に領収書等の証拠書類が必要となります)。なお、実績報告において対象とならない経費が含まれていた場合など、概算で交付した額が交付すべき確定額を上回る場合は、その上回る額を返還していただくこととなります。

科目	支出予定額(円)	収入予定額(円)
支出	賃金・報酬	0
	謝金	0
	会議費	0
	旅費	0
	需用費	0
	役務費	0
	委託料	0
	使用料及び賃借料	0
	備品購入費	1,000,000
	b_合計支出予定額(総事業費)	1,000,000
収入	c_上記支出に対する本補助金以外の寄付金・その他の収入	0
d_合計支出予定額-収入予定額(円)(b-c)		1,000,000
補助金交付申請額(円)(aとdのいずれか少ない額) (1000円未満切捨)		1,000,000

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	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、本事業の対象外ですので、ご確認ください。
--	----	---

対象期間に支出が予定されている各科目の費用について、概算でご記載ください。
各医療機関等からの申請は1回限りですので、対象となる可能性のある費用について、
漏れのないようご注意ください。