

「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 2020.10.16

神奈川県健康医療局

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力	・・・ 4
1) 作成が必要な様式	・・・ 4
2) 「様式 8 所要額精算書」の入力	・・・ 4
3) 「様式 7 事業実績報告書」の確認、入力	・・・ 8
3) -① 「様式 7 事業実績報告書」の確認	・・・ 8
3) -② 「様式 7 事業実績報告書」の入力	・・・ 8
4) 「様式 9 領収書等貼付用紙」の確認、入力 及び領収書等（写し）の貼付	・・・ 8
4) -① 「様式 9 領収書等貼付用紙」の確認	・・・ 8
4) -② 「様式 9 領収書等貼付用紙」の入力	・・・ 9
4) -③ 領収書等（写し）の貼付	・・・ 9
5) 「様式 10 収入内訳書」の確認、入力 及び関係書類（写し）の貼付	・・・ 10
5) -① 「様式 10 収入内訳書」の確認	・・・ 10
5) -② 「様式 10 収入内訳書」の入力	・・・ 10
5) -③ 関係書類（写し）の貼付	・・・ 11
6) 「様式 11 役員等氏名一覧表」の入力	・・・ 11
3. 事業実績報告書等の提出	・・・ 12
(1) 事業実績報告書等（紙）の提出	・・・ 12
(2) 役員等氏名一覧表データの提出	・・・ 12

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、神奈川県に対して、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、神奈川県所定の様式を使用し、実績報告を行うようお願いいたします（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】

支出実績が補助金額を超えた場合、または「最終提出期限：令和3年4月5日（月）」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。

【提出先及び提出方法】

神奈川県健康医療局医療課（医療機関の場合）または薬務課（薬局の場合）まで、封筒の表面に「緊急包括支援交付金 感染拡大防止等支援事業 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。

〒231-8588 横浜市中区日本大通1

神奈川県健康医療局医療課（医療機関の場合）または薬務課（薬局の場合）

【提出書類】

- ①事業実績報告書（様式7）
- ②所要額精算書（様式8）
- ③領収書等貼付用紙（様式9-1 ～ 9-9）

※領収書等、支出内容とその金額が証明できる資料を添付してください。

- ④収入内訳書（様式10）
- ⑤役員等氏名一覧表（様式11）

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力

1) 作成が必要な様式

以下の5つの書類の作成が必要になります。

- ①「様式7 事業実績報告書」
- ②「様式8 所要額精算書」
- ③「様式9-1 領収書等貼付用紙」～「様式9-9 領収書等貼付用紙」
- ④「様式10 収入内訳書」
- ⑤「様式11 役員等氏名一覧表」

2) 「様式8 所要額精算書」の入力

②「様式8 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いたします。

②「様式8 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7 事業実績報告書」の交付決定通知書の日付及び文書番号以外の項目と③「様式9-1 【賃金・報酬】領収書等貼付用紙」～「様式9-9 【備品購入費】領収書等貼付用紙」の「医療機関等コード」「施設名称」及び各科目の「支出済額」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。

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 (入力形式: 西暦4桁/月/日 年角、スラッシュ区切り (赤字は、空白表示になります))

施設概要

② 医療機関等コード (10桁) 1 3 3 4 5 6 7 8 9 0 施設名称 医療法人社団〇〇〇 △△△病院

④ 管理者職名 病院長 ⑤ 管理者氏名 〇〇〇〇

⑥ 連絡先 担当部署 〇〇部 担当氏名 〇〇〇〇 連絡先電話番号 03-xxxx-xxxx 連絡先メールアドレス 〇〇〇@〇〇.〇〇

⑦ 所在地 郵便番号 都道府県 東京都 市区町村以降 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

事業実施実績

【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した費用】

科目	支出済額 (円)	収入額 (円)
賃金・報酬	2,000,000	0
謝金	400,000	
会議費	500,000	
旅費	135,500	
備用費	4,500,000	
役務費	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	
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) (1,000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) (1,000円未満切捨)		17,000,000
精算額 (円) (⑤-⑥) (1,000円未満切捨)		0

⑨ 支出

⑩ ④ 支出合計額-収入額 (円) (②-③)

⑪ ⑤ 補助金交付決定額 (円)
(1,000円未満切捨)

⑫ ⑥ 補助金交付確定額 (円) (④と⑤のいずれか小さい額)
(1,000円未満切捨)

⑬ 精算額 (円) (⑤-⑥)
(1,000円未満切捨)

⑭ 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、ご記載ください。

交付決定通知書を確認し、ご記載下さい。

【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

【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7 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。



(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。

なお、申請時と施設名称が変わっている場合は、変更届（様式任意）を併せて提出してください。

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。

なお、申請時と管理者が変わっている場合は、変更届（様式任意）を併せて提出してください。

※ 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	中央区日本橋〇-〇-〇

【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
	役務費	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 上記支出に対する本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) (1,000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) (1,000円未満切捨)		17,000,000
精算額 (円) (⑤-⑥) (1,000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。

【⑫ 補助金交付決定額】
自動計算※されます。

交付決定通知書を確認し、ご記載下さい。

【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

【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7 事業実績報告書」の確認、入力

3)-① 「様式7 事業実績報告書」の確認

「様式8 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7 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8 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7

宛名
神奈川県知事 殿

報告日
年 月 日

所在地/施設名/代表者名
所在地
施設名称
管理者職・氏名

交付決定通知書に記載された日付及び文書番号を入力して下さい。

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・薬局等に関する感染拡大防止等支援事業）の事業実績報告書

年 月 日付 第 号をもって交付決定を受けた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します。

1 精算額 金 円 精算額

2 所要額精算書 (様式8)

3 領収書等貼付用紙 (様式9-1～様式9-9)

4 収入内訳書 (様式10)

5 役員等氏名一覧表 (様式11)

※ 留意事項
上記3 領収書等貼付用紙（別紙9-1～9-9）及び4 収入内訳書（様式10）は、所要額精算書（様式8）の事業実施実績で計上した科目に該当する様式（「賃金・報酬」であれば様式9-1、「謝金」であれば「様式9-2」など）のみの提出で構いません。
その際、各様式ごとに領収書、納品書、振込額がわかる資料（通帳の写しなど）等、支出内容とその金額が証明できる資料を貼付してください。

3)-② 「様式7 事業実績報告書」の入力

交付決定通知書の日付及び文書番号を確認し、事業実績報告書に入力してください。

交付決定通知日及び文書番号が不明の場合は、ナビダイヤル（0570-033-160）にお問い合わせください。

4) 「様式9 領収書等貼付用紙」の確認、入力及び領収書等（写し）の貼付

4)-① 「様式9 領収書等貼付用紙」の確認

対象科目ごとに領収書等（写し）を貼付するシート（「様式9-1 【賃金・報酬】領収書等貼付用紙」～「様式9-9 【備品購入費】領収書等貼付用紙」）があります。「様式8 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9-1 【賃金・報酬】領収書等貼付用紙」～「様式9-9 【備品購入費】領収書等貼付用紙」の「医療機関等コード」「施設名称」及び各科目の「支出済額」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。

なお、支出済額が0円の科目については、作成は不要です。

※ 手書きの場合は、自動で転記されませんので、「様式8 所要額精算書」と同じ内容を直接ご記載ください。

様式6-1											
【賃金・報酬】領収書等貼付用紙_医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業											
医療機関等 コード(10桁)	1	3	3	4	5	6	7	8	9	0	施設名称 医療法人社団〇〇〇 △△△病院
賃金・報酬の支出済額(円) (所要額精算書からの転記)	2,000,000										
領収書等の合計額					入力された領収書等の合計額が所要額精算書と異なります。						
領収書等の合計額を入力した後に、本用紙を印刷していただき、対象期間(令和2年4月1日から令和3年3月31日)に、支出した賃金・報酬の額がわかる書類(領収書等)の写しを貼付して下さい。											

4)-②「様式9 領収書等貼付用紙」の入力

「領収書等の合計額」の欄に、対象科目の領収書等の合計額をご入力ください。入力された合計額が「様式8 所要額精算書」の同科目の支出済額と異なる場合は、赤字で「入力された領収書等の合計額が所要額精算書と異なります。」と注意書きが表示されます*ので、支出額を確認し「様式8 所要額精算書」の支出済額と「様式9 領収書等貼付用紙」の領収書等の合計額のいずれかもしくは両方を修正してください。

※ 手書きの場合は、注意書きが表示されませんので、ご自身で額が一致しているかご確認ください。

様式6-1											
【賃金・報酬】領収書等貼付用紙_医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業											
医療機関等 コード(10桁)	1	3	3	4	5	6	7	8	9	0	施設名称 医療法人社団〇〇〇 △△△病院
賃金・報酬の支出済額(円) (所要額精算書からの転記)	2,000,000										
領収書等の合計額					一致していない場合は、支出額をご確認ください。						
領収書等の合計額					2,500,000						
領収書等の合計額を入力した後に、本用紙を印刷していただき、対象期間(令和2年4月1日から令和3年3月31日)に、支出した賃金・報酬の額がわかる書類(領収書等)の写しを貼付して下さい。											
支出額を確認のうえ、いずれかもしくは両方を修正してください。											

(様式5 所要額精算書 事業実施実績記載欄)

科目	支出済額(円)	収入額(円)
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		0
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		
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) (1,000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) (1,000円未満切捨)		17,000,000
精算額(円)(⑤-⑥) (1,000円未満切捨)		0

4)-③ 領収書等(写し)の貼付

「様式9-1【賃金・報酬】領収書等貼付用紙」～「様式9-9【備品購入費】領収書等貼付用紙」の「領収書等の合計額」と「様式8 所要額精算書」の同科目の支出済額が一致することを確認したら、「様式8-1【賃金・報酬】領収書等貼付用紙」～「様式8-9【備品購入費】領収書等貼付用紙」を印刷し、各科目の領収書(写し)を貼付してください。

提出のイメージ

様式6-9													
【備品購入費】領収書等貼付用紙 医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業													
医療機関等 コード(10桁)	1	3	3	4	5	6	7	8	9	0	施設名称	医療法人社団〇〇〇 △△△病院	
備品購入費の支出済額(円) (所要額精算書からの転記)	4,000,000					領収書等の合計額	4,000,000						
領収書等の合計額を入力した後に、本用紙を印刷していただき、対象期間(令和2年4月1日から令和3年3月31日)に、支出した備品購入費の額がわかる書類(領収書等)の写しを貼付して下さい。													
領収書 医療法人社団〇〇〇 △△△病院 様 金額 ¥150,000 (税込) 株式会社xxx 内訳			納品書 医療法人社団〇〇〇 △△△病院 様 金額 ¥450,000 (税込) 株式会社●●● 内訳			領収書 医療法人社団〇〇〇 △△△病院 様 金額 ¥---,--- (税込) 株式会社▶▶▶ △△△ 購入費として			一部のみが対象の場合は、該当箇所が判るよう印をつけるなどしてください				

5) 「様式 10 収入内訳書」の確認、入力及び関係書類(写し)の貼付

5)-① 「様式 10 収入内訳書」の確認

「様式 8 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 10 収入内訳書」の「医療機関等コード」「施設名称」及び各科目の「本補助金以外の寄付金・その他収入」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。

なお、支出済額が0円の科目については、作成は不要です。

※ 手書きの場合は、自動で転記されませんので、「様式 8 所要額精算書」と同じ内容を直接ご記載ください。

5)-② 「様式 10 収入内訳書」の入力

「関係書類における収入の合計額」の欄に、本補助金以外の寄付金・その他の収入にかかる関係書類の合計額をご入力ください。入力された合計額が「様式 8 所要額精算書」の収入額と異なる場合は、赤字で「入力された関係書類における収入の合計額が所要額精算書と異なります。」と注意書きが表示されます*ので、収入額を確認し「様式 8 所要額精算書」の収入額と「様式 10 収入内訳書」の関係書類における収入の合計額のいずれかもしくは両方を修正してください。

※ 手書きの場合は、注意書きが表示されませんので、ご自身で額が一致しているかご確認ください。

様式7												
収入内訳書 医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業												
医療機関等 コード(10桁)	1	3	3	4	5	6	7	8	9	0	施設名称	医療法人社団〇〇〇 △△△病院
本補助金以外の寄付金・ その他の収入(円) (所要額精算書からの転記)	0					関係書類における収入の合計額						
本事業対象経費に対して本補助金以外の寄付金・その他の収入がある場合は、その内容と金額が判る関係書類の写しを貼付してください。												

5)-③ 関係書類（写し）の貼付

「様式 10 収入内訳書」の「関係書類における収入の合計額」と「様式 8 所要額精算書」の収入額が一致することを確認したら、「様式 10 収入内訳書」を印刷し、本補助金以外の寄付金・その他の収入にかかる関係書類（写し）を貼付してください。

様式 7

収入内訳書 医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

医療機関等 コード (10桁)	1	3	3	4	5	6	7	8	9	0	施設名称	医療法人社団〇〇〇 △△△病院
本補助金以外の寄付金・ その他の収入 (円) (所要額精算書からの転記)	1,500,000			関係書類における収入の合計額				入力された関係書類における収入の合計額が所要額精算書と異なります。				

本事業対象経費に対して本補助金以外の寄付金・その他の収入がある場合は、その内容と金額が判る関係書類の写しを貼付してください。

A事業交付決定通知

交付決定額 金-----円

寄附金受入決定通知

寄附金額 金-----円

6) 「様式 11 役員等氏名一覧表」の入力

申請者が法人にあっては当該法人の代表者及び役員全員、法人格を持たない団体に対しては当該団体の代表者について、「氏名」、「氏名のカナ」、「生年月日」、「性別」及び「住所」を記入してください。

様式 11

役員等氏名一覧表

令和 年 月 日現在の役員

役職名	氏 名	氏名のカナ	生年月日	性別 (男・女)	住 所
代表者					

記載された全ての者は、代表者又は役員に暴力団員がいないことを確認するため、本様式に記載された情報を神奈川県警察本部に照会することについて、同意しております。

団体名
代表者氏名 印

3. 事業実績報告書等の提出

(1) 実績報告書等（紙）の提出

事業実績報告書等の作成が完了したら、次の宛先に、封筒の表面に「緊急包括支援交付金 感染拡大防止等支援事業 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5日（月）までに郵送（必着）でご提出ください。

○ 実績報告書の提出先

〒231-8588 横浜市中区日本大通 1

神奈川県健康医療局医療課（医療機関の場合）または薬務課（薬局の場合）



(2) 役員等氏名一覧表データの提出

役員等氏名一覧表（様式 11）については、紙による提出に加えエクセルデータを次のアドレスまでメールで送付してください。

○ 送付先アドレス：jisseki-corona-iryuu.yr3m@pref.kanagawa.jp

※ メール の 件名 を 「【〇〇（医療機関等名）】役員等氏名一覧表の提出」、ファイルの名称を「【〇〇（医療機関等名）】役員等氏名一覧表.xlsx」としてください。