

補助金交付申請書

・文書番号を採番しない場合は空欄のまま提出してください。
・文書番号を採番される場合は記入をお願いします。

第〇〇〇〇〇〇〇〇号

申請書を作成した日付を記入してください。

令和〇年〇月〇日

兵庫県知事 様

住所は代表者名が理事長等法人代表者の場合は、法人所在地、院長等病院代表者の場合は、病院所在地になります。

団体名には法人の場合、法人名（例：医療法人社団等）と名称を記載してください。

住 所 〇〇市〇〇町〇〇〇-〇〇

代表者名には、肩書き（例：理事長、院長等）と氏名を記載してください。
※医療法人化している場合、肩書きは理事長となりますのでご注意ください。

団 体 名 〇〇〇〇〇

代 表 者 名 〇〇〇〇〇

医療機関の電話番号を記載してください。担当者様の内線番号があれば合わせて記載してください。また、担当者様のメールアドレスを記載してください。

電 話 (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇番

電子メール 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

申請される事業名を記入してください。

令和5年度において、**外来対応医療機関設備整備事業**を下記のとおり実施したいので、補助金〇〇,

〇〇〇,000円を交付願いたく補助金交付要綱第3条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

申請様式を作成し算出された補助金額を記入してください。
※総事業費を記入するのではないのでご注意ください。

記

1,000円未満は切り捨てしてください。

1 事業の内容及び経費区分（別記）※収支予算書を省略する場合は、カ
名称を記載する。

事業の着工予定年月日
事業の完了予定年月日を記入してください。

2 事業の着工予定年月日 令和〇年〇月〇日

事業の完了予定年月日 令和〇年〇月〇日

3 添付書類

別添のとおり

添付書類については「別添のとおり」と記載してください。

●事業の着工予定年月日(10月1日以降)見積もりをとるなど、**購入手続きを開始された日**を記入してください。
●事業の完了予定年月日(3月31日まで)**支払完了予定日**を記入してください(契約日や納品日ではないので注意)

誓約書

暴力団排除条例（平成22年兵庫県条例第35号。以下「条例」という。）を遵守し、暴力団排除に協力するため、下記のとおり誓約します。

なお、誓約事項に関し、県が行う一切の措置に異議なく同意します。

記

- 1 条例第2条第1号に規定する暴力団又は同条第3号に規定する暴力団員に該当しないこと。
- 2 暴力団排除条例施行規則（平成23年兵庫県公安委員会規則第2号）第2条各号に掲げる者に該当しないこと。
- 3 間接補助事業を行う場合にあつては、上記1又は2に該当する者に対して間接補助金を交付しないこと。また、業務の一部を第三者に行わせようとする場合にあつては、上記1又は2に該当する者をその受託者とししないこと。
- 4 知事が、上記1及び2を確認するため、必要な事項を兵庫県警察本部長に照会すること、及び当該照会に係る回答の内容を他の補助事業における暴力団等を排除するための措置を講ずるために利用し、又は兵庫県公営企業管理者及び兵庫県病院事業管理者に提供することについて、異議を述べないこと。

令和〇年〇月〇日

補助金交付申請書(様式第1号)
と同年月日を記入してください。

（ 兵 庫 県 知 事
〇 〇 〇 〇 〇 ） 様

兵庫県知事名を記入してください。

住所、団体名、代表者名、電話、電子メールについて、補助金交付申請書(様式第1号)と同一の内容を記入してください。

住 所 〇〇市〇〇町〇〇〇-〇〇

団 体 名 〇〇〇〇〇

代 表 者 名 〇〇〇〇〇

電 話 (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇番

電子メール 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

補助事業実績報告書

・文書番号を採番しない場合は空欄のまま提出してください。
・文書番号を採番される場合は記入をお願いします。

第〇〇〇〇〇〇〇〇号

実績報告書を作成した日付を記入してください。

令和〇年〇月〇日

兵庫県知事 様

住所、団体名、代表者名、電話、電子メールについて、補助金交付申請書(様式第1号)と同一の内容を記入してください。
※交付申請時から変更がある場合は、債権者登録書等の提出が必要になりますのでご連絡ください。

住所 〇〇市〇〇町〇〇〇-〇〇

団体名 〇〇〇〇〇

代表者名 〇〇〇〇〇

電話 (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇番

電子メール 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

交付決定通知の日付、文書番号を記入してください。

交付申請した事業名を記入してください。

令和〇年〇月〇日付け感第〇〇〇〇号により交付決定のあった令和5年度外来対応医療機関設備整備事業を下記のとおり実施したので、補助金交付要綱第11条の規定に基づき、その実績を報告します。

記

1 事業の内容及び経費区分（別記）

2 事業の着工予定年月日 (令和〇年〇月〇日) 令和〇年〇月〇日

事業の完了予定年月日 (令和〇年〇月〇日) 令和〇年〇月〇日

3 添付書類

別添のとおり

添付書類については「別添のとおり」と記載してください。

上段（ ）内には、補助金交付申請書(様式第1号)に記入いただいた事業の着工予定年月日および事業の完了予定年月日を、下段には、実際の事業の着工年月日および事業の完了年月日を記入してください。

- 事業の着工年月日
見積もりをとるなど、購入手続きを開始された日を記入してください。
- 事業の完了年月日
支払完了日を記入してください
(契約日や納品日ではないので注意)

(注) 申請内容を上段に（ ）書で記入し、実績をその下段に記入する。

補助金請求書

実績報告書添付書類：精算書
における県費補助所要額の額を記載してください。

金〇〇,〇〇〇,〇〇〇円也

申請(実施)した事業名を
記入してください。

ただし、令和5年度外来対応医療機関設備整備補助金

補助金(変更)交付決定額 〇〇,〇〇〇,〇〇〇円

補助金(変更)交付決定額、今回請求額には、上記の金額を記載してください。

補助金確定額 円

既受領額 円

今回請求額 〇〇,〇〇〇,〇〇〇円

補助金確定額、既受領額は空欄としてください。

(注) 補助金交付決定額は、事業途中で金額の変更があった場合は最終変更後の交付決定額を記載し、補助金確定額は、補助金確定通知があった場合のみ記載する。

<根拠> 補助金交付決定通知 感第 〇〇〇〇号
令和〇年 〇月 〇日

交付決定通知の日付、文書番号を記入してください。

補助金変更交付決定通知 第 号
年 月 日

補助金確定通知 第 号
年 月 日

(注) 補助金変更交付決定通知及び補助金確定通知は、当該通知があった場合のみ記載する。

上記のとおり、補助金を精算払によって交付されたく、令和5年度補助金交付要綱第14条第1項(第2項)の規定に基づき、請求します。

年 月 日

兵庫県知事 様

住所、団体名、代表者名について、補助事業実績報告書(様式第8号)と同一の内容を記入してください。

請求者 住所 〇〇市〇〇町〇〇〇-〇〇
団体名 〇〇〇〇〇
代表者名 〇〇〇〇〇

発行責任者、担当者について、問い合わせ可能な電話番号、メールアドレスを記載ください。また、発行責任者と担当者が同一の場合は同じ内容を記載してください。

発行責任者 氏名 〇〇〇〇〇
電話 (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇番
電子メール 〇〇〇〇〇〇〇〇〇

担当者 氏名 〇〇〇〇〇
電話 (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇番
電子メール 〇〇〇〇〇〇〇〇〇

(添付書類)

別添のとおり

添付書類については「別添のとおり」と記載してください。

別紙(1)

記載例

外来対応医療機関設備整備事業補助金所要額調書

医療機関名を記入してください。

(B)欄以外は、別紙(2)を記入いただくと自動で記載されます。

医療機関名 ○○病院

区分	総事業費 (A)	寄附金その他の 収入額(B)	差引事業費 (A) - (B) = (C)	対象経費の 支出予定額 (D)	基準額 (E)	選定額 (F)	県費補助基本額 (G)	県費補助所要額 (G) × 10/10 = (H)
外来対応医療機関 設備整備事業	円 46,410	円 0	円 46,410	円 46,410	円 702,000	円 46,410	円 46,410	円 46,000

- (注) 1 A、D欄は、別紙(1)の「対象経費の支出予定額」欄に記載してください。
2 E欄は、別紙(2)の「基準額」欄に記載してください。
3 F欄は、別紙(2)の「選定額」欄に記載してください。
4 G欄は、C欄とF欄を比較して少ない方の額を記入すること。
5 H欄は、G欄に補助率を乗じて得た額（1,000円未満は切り捨てる。）を記入すること。

(B)欄には、寄附金や他の補助金の収入がある(見込まれる)場合は、その金額を記載してください。

外来対応医療機関設備整備事業補助金所要額明細書

記載例

次の設備等を購入する際の記載例(見積もり書の金額と一致)
 個人防護具(サージカルマスク) 11,776円(@32円×368枚)
 " (ガウン) 15,204円(@84円×181枚)
 " (グローブ) 19,430円(@26.4円×736枚)

医療機関名

〇〇病院

(円)

設備名称	形式及び規格	数量	単価	対象経費支出予定額	基準額(数量分)	選定額(A, Bの低い額)	県費補助基本額	県費補助所要額
HEPAフィルター付空気清浄機								
HEPAフィルター付パーティション				0	0	0		
個人防護具※	別添のとおり	1	46,410	46,410	702,000	46,410		
簡易ベッド				0	0	0		
簡易診療室及び付帯する備品					0	0		
合計額				46,410	702,000	46,410	46,410	46,000

I.R6.1.10~R6.2.29に使用した防護具の実績
 II.R6.3.1~R6.3.31に使用する防護具の見込
 の合計を記入してください。

【別紙(2)個人防護具の記載方法】を参照してください。

- 簡易診療室及び付帯する備品の基準額(B)欄には、対象経費支出予定額(A)欄と同額を記載すること。
- HEPAフィルター付空気清浄機の基準額は、1施設当たり905,000円の定額とする。

レハブなど簡易な構造をもち、緊急的かつ一時的に設置するものであって、新型コロナウイルス感染症患者等

R6.1.10~R6.2.29の間の発熱患者数と、R6.3.1~R6.3.31の間の発熱患者数見込の合計を記入してください。

R6.1.10~R6.2.29の間の延べ医療従事者数と、R6.3.1~R6.3.31の間の延べ医療従事者数見込の合計を記入してください。

内容について」で規定する

個人防護具を申請される際には下記

延べ患者数 134 × 延べ医療従事者数 195 × 1人あたり/日の基準額(上限) 3,600 = 基準額 702,000

個人防護具の記載方法

個人防護具を申請される場合、単価が10万円未満であれば見積書は省略可能ですが、①別紙2の記載又は②交付申請金額の内訳が分かるもの（何をいくらでいくつ購入するか分かるもの）の添付により、金額の算出方法が分かるような形で申請書をご提出ください（以下の例をご参照ください）。
 ※ 基準額3,600円×延べ医療従事者数という計算により補助金が交付されるものではないため、ご注意ください。

例1: 個人防護具を1種類のみ申請する場合(ガウン@84円×200枚)

設備名称	形式及び規格	数量	単価	対象経費支出予定額 (A)	基準額 (数量分) (B)	選定額 (A, Bの低い額)	県費補助基本額	県費補助所要額
HEPAフィルター付空気清浄機				0	0		/	/
HEPAフィルター付パーティション				0				
個人防護具	ガウン	200	84	16,800	360,000	16,800		
簡易ベッド				0	0	0		
簡易診療室及び付帯する備品					0	0		
合計額				16,800	360,000	16,800	1,244,260	1,244,000

延べ医療従事者数が100人の場合(例2も同様)

例2: 個人防護具を2種類申請する場合(サージカルマスク6,400円(@3,200円×2箱(100枚入り))、ガウン16,800円(@8,400円×2箱(100枚入り))

【交付申請金額の内訳が分かるものを別途添付する場合】

設備名称	形式及び規格	数量	単価	対象経費支出予定額 (A)	基準額 (数量分) (B)	選定額 (A, Bの低い額)	県費補助基本額	県費補助所要額
HEPAフィルター付空気清浄機	一式として記載する場合は、1と入力してください。					0	/	/
HEPAフィルター付パーティション						0		
個人防護具	別添のとおり	1	23,200	23,200	360,000	23,200		
簡易ベッド						0		
簡易診療室及び付帯する備品						0		
合計額						23,200	0	0

各個人防護具の合計額(サージカルマスク6,400円とガウン16,800円の合計)を入力してください。

形式及び規格、数量、個々の単価が分かるもの(以下の①~④など)を添付してください。
 ①個人防護具の種類、数量、単価を示した任意の様式
 ②業者が発行した見積書又は領収書
 ③購入する物品が掲載されたインターネットのページのプリントアウト
 ④購入した物品の購入履歴

【表に行を追加して記載する場合】

設備名称	形式及び規格	数量	単価	対象経費支出予定額 (A)	基準額 (数量分) (B)	選定額 (A, Bの低い額)	県費補助基本額	県費補助所要額
HEPAフィルター付空気清浄機						0	/	/
HEPAフィルター付パーティション						0		
個人防護具	サージカルマスク (100枚入り)	2	3,200	6,400	360,000	23,200		
個人防護具	ガウン (100枚入り)	2	8,400	16,800		0		
簡易ベッド						0		
簡易診療室及び付帯する備品						0		
合計額				23,200	360,000	23,200	0	0

表の欄外に延べ医療従事者数を記載すると、自動転記されます。2行目以下は、0と入力してください。

1行目に個人防護具の対象経費支出予定額(A)の合計額を入力し、2行目以降は0と入力してください。

別記

記載例

収支予算書

1 収入の部

別紙(2)を記入いただくと自動で記載されます。

科目	予算額	摘要
県補助金収入	46,000 円	
寄付金その他収入	0 円	
自己資金	410 円	
	円	
計	46,410 円	

2 支出の部

科目	予算額	摘要
設備購入費等	46,410 円	
	円	
	円	
	円	
計	46,410 円	

(注) 収支の計は、それぞれ一致する。

記載例

(B)欄以外は、別紙(4)を記入いただくと自動で記載されます。

医療機関設備整備事業補助金精算書

医療機関名

〇〇病院

区分	総事業費 (A)	寄附金 その他の 収入額 (B)	事業費 (A) - (B) = (C)	対象経費の 支出済額 (D)	基準額 (E)	選定額 (F)	県費補助 基本額 (G)	県費補助 所要額 (G) × 10/10 = (H)	県費交付 決定額 (I)	県費補助 受入額 (J)	差引 (H) - (J) = (K)
	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
外来対応医療機関 設備整備事業	37,534	0	37,534	37,534	576,000	37,534	37,534	37,000	46,000	0	37,000

(注) 1 A、D欄は、別紙(4)を記入してください。

2 E欄は、別紙(4)を記入してください。

3 F欄は、別紙(4)を記入してください。

4 G欄は、C欄とF欄を比較して少ない方の額を記入すること。

5 H欄は、G欄に補助率を乗じて得た額（1,000円未満は切り捨てる。）を記入すること。

(B)欄には、寄附金や他の補助金の収入実績がある場合は、その金額を記載してください。

医療機関設備整備事業補助金実績額明細書

記載例

次の設備等を購入した際の記載例(契約書(請書)の金額と一致)
 個人防護具(サージカルマスク) 9,536円(@32円×298枚)
 " (ガウン) 12,264円(@84円×146枚)
 " (グローブ) 15,734円(@26.4円×596枚)

医療機関名

〇〇病院

(円)

設備名称	形式及び規格	数量	単価	対象経費支出済額	基準額(数量分)	選定額	国費補助基本額	県費補助所要額
HEPAフィルター付空気清浄機								
HEPAフィルター付パーティション								
個人防護具※	別添のとおり	1	37,534	37,534	576,000	37,534		
簡易ベッド				0	0	0		
簡易診療室及び付帯する備品					0	0		
合計額				37,534	576,000	37,534	37,534	37,000

I.R6.1.10~R6.2.29に使用した防護具の実績
 II.R6.3.1~対象期間終了までに使用した防護具の実績
 の合計をご記入ください。

支出済額の合計と基準額
 とを比較し、額の小さい方
 が補助金額となります。

- 簡易診療室及び付帯する備品の基準額(B)欄には、対象経費支出済額(A)欄と同額を記載すること。
- HEPAフィルター付空気清浄機の基準額は、1施設当たり905,000円の定額とする。
- 簡易診療室とは、テントやプレハブなど簡易な構造をもち、緊急的かつ一時的に設置するものであって、新型コロナウイルス感染症患者を収容する施設をいう。

対象期間中の発熱患者数を記入してください。
 記入する患者数は、必ずG-MIS日次報告の数と
 一致させてください。

対象期間中の延べ医療従事者数を記入してください。
 下記の医療従事者数の考え方を参考に入力してください。

「費支援の具体的内容について」で規定する

延べ患者数 × 延べ医療従事者数 × 1人あたり/日の基準額(上限) = 基準額

記載例

補助事業名 外来対応医療機関設備整備

新型コロナウイルス感染症対策に
(感染症対策課所管分設備関連)

別紙(4)に記載した数量や合計額と一致させてください。

(円)

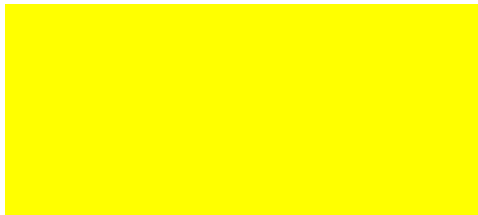
設備等名称	形式及び規格	数量	支出済額	支出日
個人防護具	サージカルマスク	200	6,400	令和5年〇月〇日
個人防護具	ガウン	100	8,400	令和5年〇月〇日
個人防護具	グローブ	400	10,560	令和6年〇月△日
個人防護具	サージカルマスク	98	3,136	令和6年●月●日
個人防護具	グローブ	100	2,640	令和6年●月〇日
個人防護具	ガウン	46	3,864	令和6年●月〇日
個人防護具	グローブ	96	2,534	令和6年●月△日
合計額			37,534	

補助金の申請を行った設備に関する事項と支払日(支出日)を記載してください。クレジット決済の場合は銀行口座より引き落としが行われた日を記載してください。

補助対象設備等について、上記のとおり支出しました。
また、振込明細書(ネットバンキング)など支出の内容が分かる書類を5年間保存するとともに、兵庫県から依頼があった場合は、同書類を提示又はコピーの提出について協力します。

団体名(医療機関名、法人名など)、担当部署、担当者名、連絡先を記載してください。

団体名
担当部署
担当者名
連絡先(TEL)



別 記

記載例

収 支 決 算 書

別紙(2)、(4)を記入いただくと
自動で記載されます。

1 収入の部

科 目	決 算 額	摘 要
県補助金収入	(46,000) 円 37,000	
寄付金その他収入	(0) 円 0	
自己資金	(410) 円 534	
	円	
計	(46,410) 円 37,534	

2 支出の部

科 目	決 算 額	摘 要
設備購入費等	(46,410) 円 37,534	
	円	
	円	
	円	
計	(46,410) 円 37,534	

(注) 収支の計は、それぞれ一致する。

サージカルマスク・ガウン・グローブを申請する際の記載例

個人防護具使用実績

(枚、個)

対象期間	日付	サージカルマスク	N95マスク	ゴーグル	ガウン	グローブ	キャップ	フェイスシールド
●	1/10	6			3	12		
●	1/11	9			3	18		
●	1/12	3			3	6		
●	1/13	0			0	0		
●	1/14	0			0	0		
●	1/15	12			3	24		
●	1/16	3			3	6		
●	1/17	3			3	6		
●	1/18	6			3	12		
●	1/19	6			3	12		
●	1/20	2			2	4		
●	1/21	0			0	0		
●	1/22	9			3	18		
●	1/23	3			3	6		
●	1/24	3			3	6		
●	1/25	3			3	6		
●	1/26	0			0	0		
●	1/27	2			2	4		
●	1/28	0			0	0		
●	1/29	9			3	18		
●	1/30	0			0	0		
●	1/31	6			3	12		
	小計	85	0	0	46	170	0	0

令和5年10月1日以降に購入した防護具のうち、対象期間中に実際に使用した数量分の費用が補助の対象となります。

例えば、1月9日にマスク400枚を12,800円で購入し、対象期間内に228枚使用した場合、補助の対象となる金額は、 $12,800円 \div 400枚 \times 228枚 = 7,296円$ です。

1月10日～2月29日までの個人防護具は、実際に使用した数量を申請してください。

申請する防護具を購入した際の、納品日・数量・単価がわかる資料（納品書等）をあわせてご提出ください。

発熱患者がいなかった日は、防護具を申請することはできません。

小計は自動で記載されます。

提出用の使用実績では、補助金申請しない防護具の数量は記入しないでください。

(別添)

2月分

外来対応医療機関設備整備事業

1月10日～2月29日までの个人防护具は、実際に使用した数量を申請してください。

対象期間	日付	サージカルマスク	N95マスク	ゴーグル	ガウ			
●	2/1	6			3	12		
●	2/2	3			3	6		
●	2/3	2			2	4		
●	2/4	0			0	0		
●	2/5	9			3	18		
●	2/6	6			3	12		
●	2/7	9			3	18		
●	2/8	9			3	18		
●	2/9	6			3	12		
●	2/10	2			2	4		
●	2/11	0			0	0		
●	2/12	0			0	0		
●	2/13	3			3	6		
●	2/14	9			3	18		
●	2/15	12			3	24		
●	2/16	3			3	6		
●	2/17	2			2	4		
●	2/18	0			0	0		
●	2/19	6			3	12		
●	2/20	6			3	12		
●	2/21	6			3	12		
●	2/22	9			3	18		
●	2/23	0			0	0		
●	2/24	2			2	4		
●	2/25	0			0	0		
●	2/26	6			3	12		
●	2/27	3			3	6		
●	2/28	12			3	24		
●	2/29	12			3	24		
	小計	143	0	0	65	286	0	0

外来対応医療機関設備整備事業 個人防護具使用実績

(枚、個)

対象期間	日付	サージカルマスク	N95マスク	ゴーグル	ガウン	グローブ	キャップ	フェイスシールド
	3/1							
	3/2							
	3/3							
	3/4							
	3/5							
	3/6							
	3/7							
	3/8							
	3/9							
	3/10							
	3/11							
	3/12							
	3/13							
	3/14							
	3/15							
	3/16							
	3/17							
	3/18							
	3/19							
	3/20							
	3/21							
	3/22							
	3/23							
	3/24							
	3/25							
	3/26							
	3/27							
	3/28							
	3/29							
	3/30							
	3/31	140			70	280		
小計		140	0	0	70	280	0	0

交付申請の際は、2月までの使用実績から、3月の想定使用数量を概算して、3月31日の欄に記入して申請してください。

実績報告の際には、実際に使用した数量を記入した3月分の個人防護具使用実績をご提出いただきます。必ず記録を付けておいてください。

3月分の個人防護具の費用についても、実際に補助の対象になるのは、「対象期間」中に実際に使用した数量分のみになります。

3月31日までに対象期間が終了した等の理由により、実際に使用した数量が申請時の見込よりも少なくなった場合は、補助金額も実績の数に合わせて減額となりますこと、あらかじめご注意ください。

また、年度末の手続きとなりますので、実際に使用した数量が申請時の見込よりも多くなった場合でも、補助金変更交付申請書による申請金額の増額はできません。見込額算定の際は、くれぐれもご注意ください。

3月1日から3月31日までに使用する防護具の見込を、3/31の行に記入してください。

(別添)

外来対応医療機関設備整備事業 個人防護具使用実績(集計)

(枚、個)

	サージカルマスク	N95マスク	ゴーグル	ガウン	グローブ	キャップ	フェイスシールド
1月分	85	0	0	46	170	0	0
2月分	143	0	0	65	286	0	0
3月分	140	0	0	70	280	0	0
合計	368	0	0	181	736	0	0

1月分～3月分のシートを記入
いただくと自動で記載されます。

申請する数量と一致させて
ください。