

記載要領

外来対応医療機関申請用

経費所要額調

(補助事業者名 医療法人会〇〇会 □□病院)

※黄色のセルに金額(税込)を入力してください。

| 区分 | 総事業費 (A) 円 | 寄附金その他の 収入額 (B) 円 | 差引額 (A)-(B) (C) 円 | 対象経費の 支出予定額 (D) 円 | 基準額 (E) 円 | 選定額 (F) 円 | 補助基本額 (G) 円 | 補助所要額 (H) 円 | 備考 |
|------------------------------|------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------|-----------------|-------------------|-------------------|---------------|
| 外来対応医療機関設備整備等事業 | 1,944,899 | 0 | 1,944,899 | 1,944,899 | - | - | - | 1,848,000 | |
| 内訳 | | | | | | | | | |
| 外来対応医療機関確保事業 | 499,999 | 0 | 499,999 | 499,999 | 500,000 | 499,999 | 499,999 | 499,000 | |
| 患者案内のための看板設置料 | | | 0 | 0 | - | - | - | - | |
| HP上に外来対応医療機関であることを明記するための改修費 | | | 0 | 0 | - | - | - | - | |
| 換気設備設置のための軽微な改修等の修繕費 | 200,000 | 0 | 200,000 | 200,000 | - | - | - | - | 換気設備の部品取替費用 |
| 医療機器(パルスオキシメーター等)の購入 | 299,999 | 0 | 299,999 | 299,999 | - | - | - | - | パルスオキシメーター△△台 |
| 非接触サーモグラフィカメラ(検温・消毒機能付き等)の購入 | | | 0 | 0 | - | - | - | - | |
| 外来対応医療機関設備整備事業 | 1,444,900 | 0 | 1,444,900 | 1,444,900 | - | 1,349,900 | 1,349,900 | 1,349,000 | |
| HEPAフィルター付き空気清浄機 | 1,000,000 | 0 | 1,000,000 | 1,000,000 | 905,000 | 905,000 | 905,000 | - | |
| HEPAフィルター付きパーテーション① | 204,400 | 0 | 204,400 | 204,400 | 205,000 | 204,400 | 204,400 | - | |
| HEPAフィルター付きパーテーション② | 195,500 | 0 | 195,500 | 195,500 | 205,000 | 195,500 | 195,500 | - | |
| 簡易ベッド | 45,000 | 0 | 45,000 | 45,000 | 51,400 | 45,000 | 45,000 | - | |

- (注) 1 「区分」欄には、交付の対象となる事業の名称を記載してください。
 2 「選定額」欄には、(D)と(E)とを比較して少ない方の額を記入してください。
 3 「補助基本額」欄には、(C)と(F)とを比較して少ない方の額を記入してください。

・外来対応医療機関確保事業の補助対象経費については、必ず備考に必要な理由を具体的に記載してください。
 ・理由の記載がないもの及び新型コロナ患者の受入れにかかわらず必要となるものは補助対象外となる場合がありますので、ご了承ください。

記載要領

事業(変更)計画書

補助事業者名 **医療法人〇〇会**
 (事務担当者) 役職・氏名 **〇〇係長 〇〇 〇〇**
 電話番号 **026-235-XXXX**
 ファクシミリ番号 **026-223-△△△△**
 電子メール **◇◇◇@pref.nagano.lg.jp**

・外来対応医療機関の対応に、真に必要なであることがわかるよう、整備内容について具体的に記載してください。

・外来対応医療機関確保事業の『患者案内のための看板設置料』の申請を行う場合は、看板に記載する案内の内容等を具体的に記入してください。

・外来対応医療機関確保事業の『医療機器(パルスオキシメーター等)の購入』の申請を行う場合は、具体的な整備内容、使用を想定する状況、整備目的等、真に必要な理由を記

1 施設の名称及び所在地

| | |
|---------|--------|
| (1) 名称 | 〇〇病院 |
| (2) 所在地 | 長野市・・・ |

2 事業の名称

新型コロナウイルス感染症外来対応医療機関設備整備等事業

3 事業内容

(整備品目の概要、整備目的等を具体的に記入してください。)

・別紙1経費所要額から自動計算されます。

歳入歳出予算書(見込)抄本の歳入計①

4 事業の期間

| | |
|------------|-----------|
| (1) 事業期間 | |
| ①事業着手(予定)日 | 令和5年7月15日 |
| ②事業完了(予定)日 | 令和5年9月30日 |

事業着手(予定)日は発注又は契約締結(予定)日を、事業完了(予定)日は納品

5 事業費

| | | |
|---------|-------------|---|
| 事業費 | 1,944,899 円 | ① |
| (1) 補助金 | 1,848,000 | ② |
| 県補助金 | 1,848,000 | |
| (2) 地方債 | | |
| (3) 寄附金 | | |
| (4) その他 | 0 | |

歳入歳出予算書(見込)抄本の補助金②

6 事業費の積算根拠

※単価及び金額には、消費税を含んだ額を記入してください。

| 項目 | 積算 | 金額 | 備考 |
|-----------------|-----------|-----------|----------------------|
| (1) 補助対象事業分 | | 円 | |
| 外来対応医療機関確保事業分 | 別紙見積書のとおり | 499,999 | ・別紙1経費所要額から自動計算されます。 |
| 外来対応医療機関設備整備事業分 | 別紙見積書のとおり | 1,444,900 | |
| 小計 | — | 1,944,899 | — |
| (2) 補助対象外事業分 | | 円 | |
| 小計 | — | 0 | — |
| 合計 | — | 1,944,899 | — |

令和5年度歳入歳出予算書（見込）抄本

1 歳入

| 項目 | 金額 | 備考 |
|------|-------------|----|
| 補助金 | 1,848,000 円 | ② |
| 自己資金 | 96,899 円 | |
| 計 | 1,944,899 円 | ① |

別紙2事業計画書の
5事業費から転記

差額(①-②)を記入

2 歳出

| 項目 | 金額 | 備考 |
|---------------------|-------------|-----|
| 外来対応医療機関確保事業 | | |
| 換気設備の部品取替費用 | 200,000 円 | |
| パルスオキシメーター等 | 299,999 円 | |
| 外来対応医療機関設備整備事業 | | |
| HEPA フィルター付き空気清浄機 | 1,000,000 円 | |
| HEPA フィルター付きパーテーション | 399,900 円 | 2台分 |
| 簡易ベッド | 45,000 円 | |
| 計 | 1,944,899 円 | |

・別紙1経費所要額調の
「総事業費(A)」から転記

この抄本は、原本と相違ないことを証明する

令和5年7月〇〇日

医療法人〇〇会 □□病院 代表 △△△ 印

(様式第2号)

長野県新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業補助金交付申請書

令和5年 第 号
月 日

長野県知事 阿部 守一 様

補助事業者
(所在地)
(名称・代表者)

住所、医療機関名、役職、
氏名を記入

令和5年度における長野県新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業を下記のとおり実施したいので、補助金 円を交付してください。

補助金額を記入

- 1 事業名
新型コロナウイルス感染症外来対応医療機関設備整備等事業
- 2 経費所要額調
(別紙(1)のとおり)
- 3 事業計画書
(別紙(2)のとおり)
- 4 添付書類
 - (1) 歳入歳出予算(見込)書の抄本
 - (2) 補助対象区域の工事設計図及び工事内訳書(施設整備費が含まれる場合に限る。)
 - (3) 補助対象医療機器等の見積書、カタログ及び設置場所を示す平面図(設備整備費が含まれる場合に限る。)
 - (4) 上記(2)(3)以外の事業の場合、経費の積算根拠となる資料
 - (5) その他参考となる書類

※交付要綱及び別表を熟読したうえで、以下の項目を確認し、チェック欄に✓をしてください。

| 確認項目 | チェック欄 |
|---------------------|-------|
| 補助の対象となる事業者である | |
| 交付申請をする経費は補助対象経費である | |

(様式第6号)

長野県新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業事前着手届

令和5年 第 号
月 日

長野県知事 阿部 守一 様

申請者
(所在地)
(名称・代表者)

住所、医療機関名、役職、
氏名を記入

令和5年度において長野県新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業として実施を要望する別紙の事業について、交付決定前に着手しますので届け出ます。

なお、本件について交付決定がなされなかった場合においても異議は申し立てません。

記

1 事業名
新型コロナウイルス感染症外来対応医療機関設備整備等事業

2 事前着手の理由
申請時点ですでに導入している、交付決定後の発注では間に合わない、などの理由を記入

3 着手及び完了予定年月日
着手及び完了予定年月日は別紙2事業計画書の4「事業の期間」から記入

(※ 別紙は、交付申請書(様式第2号)に定める所定の事業計画書(別紙2)によること。)