

第 123 号

令和2年12月20日

福井県知事 杉本 達治 様

(所在地) 福井市大手3丁目17番1号
(医療機関名) 福井県薬局
(医療機関コード) 1841234567
(役職・代表者名) ●●薬局株式会社 印
代表取締役 福井 太郎

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業交付申請書

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における医療機関・
薬局等における感染拡大防止等支援事業について、補助金の交付を受けたいので、福井県補
助金等交付規則に基づき、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

申 請 額 700,000 円

(添付書類)

- 1 (様式第2号) 医療機関情報
- 2 (様式第3号) 収入内訳書
- 3 その他関係書類
 - ・カタログ
 - ・図面 等

医療機関情報_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	2020/12/20	(入力形式) 西暦4桁 / 月 / 日
-----	------------	---------------------

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)	1	8	4	1	2	3	4	5	6	7
施設名称	福井県薬局									

管理者職名	●●薬局株式会社	管理者氏名	代表取締役 福井 太郎
-------	----------	-------	-------------

連絡先	担当部署	担当者氏名	連絡先電話番号
	総務	福井 花子	0776-21-1111
	連絡先メールアドレス		
fukuikenshinryou@pref.fukui.lg.jp			

所在地	郵便番号							
	9	1	0	-	8	5	8	0
	住所							
福井市大手3丁目17-1								

施設類型	薬局		
許可病床数※ (病院のみ記載)	a_補助上限額(基準額) (円)	700,000	

※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

支援金の振込みを行う口座情報を記載してください

金融機関名	△△銀行	金融機関 コード	1	2	3	4		
支店名	××支店	支店コード	5	6	7			
預金種類 1:普通 2:当座	1:普通							
口座番号(左詰め)	0	1	2	3	4	5	6	7
(フリガナ)	フクイケンヤツキョク							
口座名義	福井県薬局							

※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		
	謝金		
	会議費		
	旅費		
	需用費 (消耗品費、印刷製本費、材料費、 光熱水費、燃料費、修繕料、医薬材料費)	500,000	
	役務費 (通信運搬費、手数料、保険料)		
	委託料		
	使用料及び賃借料		
	備品購入費	250,000	
	b_合計支出予定額(総事業費)	750,000	
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)			750,000
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)			700,000

※なお、本事業以外の事業で緊急包括支援交付金の対象経費とならない部分について補助申請を行っている場合は、支援金からの充当を行いますので実際の交付決定額は上記交付申請額と異なります。

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。

【賃金・報酬】見積書等貼付用紙_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	8	4	1	2	3	4	5	6	7	施設名称	福井県薬局
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	-------

賃金・報酬の支出予定額 (円) (医療機関情報からの転記)	
----------------------------------	--

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、支出予定の賃金・報酬の額がわかる書類（見積書等）の写しを貼付してください。
 見積書等に他の対象経費を含む場合、【賃金・報酬】に該当する部分にマーカーするなど、対象経費を明確にしてください。
 支出済みのものであれば、支出額がわかる書類（領収書等）の写しを貼付してください。

【謝金】見積書等貼付用紙_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	8	4	1	2	3	4	5	6	7	施設名称	福井県薬局
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	-------

謝金の支出予定額（円） （医療機関情報からの転記）	
------------------------------	--

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、支出予定の謝金の額がわかる書類（見積書等）の写しを貼付してください。
見積書等に他の対象経費を含む場合、【謝金】に該当する部分にマーカーするなど、対象経費を明確にしてください。
支出済みのものがあれば、支出額がわかる書類（領収書等）の写しを貼付してください。

【会議費】見積書等貼付用紙_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	8	4	1	2	3	4	5	6	7	施設名称	福井県薬局
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	-------

会議費の支出予定額(円) (医療機関情報からの転記)	
-------------------------------	--

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、支出予定の会議費の額がわかる書類（見積書等）の写しを貼付してください。
 見積書等に他の対象経費を含む場合、【会議費】に該当する部分にマーカーするなど、対象経費を明確にしてください。
 支出済みのものがあれば、支出額がわかる書類（領収書等）の写しを貼付してください。

【旅費】見積書等貼付用紙_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	8	4	1	2	3	4	5	6	7	施設名称	福井県薬局
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	-------

旅費の支出予定額 (円) (医療機関情報からの転記)	
-------------------------------	--

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、支出予定の旅費の額がわかる書類（見積書等）の写しを貼付してください。
見積書等に他の対象経費を含む場合、【旅費】に該当する部分にマーカーするなど、対象経費を明確にしてください。
支出済みのものであれば、支出額がわかる書類（領収書等）の写しを貼付してください。

【需用費】見積書等貼付用紙_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	8	4	1	2	3	4	5	6	7	施設名称	福井県薬局
需用費の支出予定額(円) (医療機関情報からの転記)	500,000											

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、支出予定の需用費の額がわかる書類（見積書等）の写しを貼付してください。
見積書等に他の対象経費を含む場合、【需用費】に該当する部分にマーカーするなど、対象経費を明確にしてください。
支出済みのものがあれば、支出額がわかる書類（領収書等）の写しを貼付してください。

【役務費】見積書等貼付用紙_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	8	4	1	2	3	4	5	6	7	施設名称	福井県薬局
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	-------

役務費の支出予定額（円） （医療機関情報からの転記）	
-------------------------------	--

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、支出予定の役務費の額がわかる書類（見積書等）の写しを貼付してください。
見積書等に他の対象経費を含む場合、【役務費】に該当する部分にマーカーするなど、対象経費を明確にしてください。
支出済みのものがあれば、支出額がわかる書類（領収書等）の写しを貼付してください。

【委託料】見積書等貼付用紙_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	8	4	1	2	3	4	5	6	7	施設名称	福井県薬局
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	-------

委託料の支出予定額(円) (医療機関情報からの転記)	
-------------------------------	--

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、支出予定の委託料の額がわかる書類（見積書等）の写しを貼付してください。
見積書等に他の対象経費を含む場合、【委託料】に該当する部分にマーカーするなど、対象経費を明確にしてください。
支出済みのものがあれば、支出額がわかる書類（領収書等）の写しを貼付してください。

【使用料及び賃借料】見積書等貼付用紙_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	8	4	1	2	3	4	5	6	7	施設名称	福井県薬局
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	-------

使用料及び賃借料の支出予定額 (円) (医療機関情報からの転記)	
-------------------------------------	--

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、支出予定の使用料及び賃借料の額がわかる書類（見積書等）の写しを貼付してください。
見積書等に他の対象経費を含む場合、【使用料及び賃借料】に該当する部分にマーカーするなど、対象経費を明確にしてください。
支出済みのものがあれば、支出額がわかる書類（領収書等）の写しを貼付してください。

【備品購入費】見積書等貼付用紙_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	8	4	1	2	3	4	5	6	7	施設名称	福井県薬局
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	-------

備品購入費の支出予定額(円) (医療機関情報からの転記)	250,000
---------------------------------	---------

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、支出予定の備品購入費の額がわかる書類（見積書等）の写しを貼付してください。
 見積書等に他の対象経費を含む場合、【備品購入費】に該当する部分にマーカーするなど、対象経費を明確にしてください。
 支出済みのものがあれば、支出額がわかる書類（領収書等）の写しを貼付してください。

様式3

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	8	4	1	2	3	4	5	6	7	施設名称	
本補助金以外の寄付金・ その他の収入(円) (医療機関情報からの転記)						0					関係書類における収入の合計額	福井県薬局

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。