

新型コロナウイルス感染症に対応する 医療従事者等宿泊費補助事業

補助金交付申請の手引き 【申請者：医療機関 編】

(手引きの参照ページ)

- | | |
|-----------|------------|
| a 借り上げの場合 | P1、2、3、4、8 |
| b 費用負担の場合 | P1、5、6、7、8 |

令和2年5月8日現在
(第1版)

奈良県 医師・看護師確保対策室

補助金交付申請手続

○ 補助金交付申請の流れ

※ 不明な点があれば、個別にお問い合わせください。

医療機関

- a 医療従事者等のために宿泊施設を借り上げ
- b 医療従事者等の宿泊費を負担

医療機関

- ・ 補助金交付申請書等を県に提出

※ a 借り上げ と b 宿泊費負担 の場合で、申請書様式、添付資料が異なります。ご注意ください。

↓

県

県

↓

医療機関

- ・ 審査
- ・ 交付決定及び額の確定
- ・ 医療機関あてに交付決定及び額の確定を通知

医療機関

↓

県

- ・ 交付決定額について、請求書を県に提出

県

↓

医療機関

- ・ 県から医療機関に交付決定額(=請求額)の支払い

数か月単位で宿泊施設と契約している場合等であっても、毎月支払いが発生している場合などは、1か月単位で交付申請を行うことも可能です。

①-1 交付申請書の作成【a 借り上げ】

- 交付申請書に必要事項を記載・押印の上、必要書類を添付の上、県に提出してください。
- 借り上げの場合に、必要な書類は以下のとおりです。

申請書

第1-1号様式

証明書

第1-2号様式

宿泊施設等に宿泊した医療従事者等にかかる
証明書

その他

宿泊施設等を借り上げた際の契約書及び
領収書(写し)

各様式の記載例やポイントは、次ページ以降を参考にしてください。

①-1 交付申請書の作成【a 借り上げ】

申請書

第1-1号様式

第1-1号様式（第6条第1項関係）申請者が医療機関で宿泊施設等借上げの場合

〇〇第〇号
令和2年6月10日

奈良県知事 殿

申請者 住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
名称 〇〇法人〇〇病院
代表者職・氏名 院長 奈良 太郎 印

新型コロナウイルス感染症に対応する医療従事者等宿泊費補助金交付申請書
(令和2年5月分)

標記の補助金の交付について、新型コロナウイルス感染症に対応する医療従事者等宿泊費補助金交付要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 補助の対象となる経費及び補助金交付申請額

(1) 補助の対象となる経費 金 1,100,000 円也

(2) 補助金交付申請額 金 1,100,000 円也

(3) 補助金交付申請額の内訳（積算）

@5,500円×10室×20日=1,100,000円
10室借り上げ(〇〇ビジネスホテル)
20日間(5月12日~31日)
1室あたり 5,500円(税込み)

2 添付書類

(1) 宿泊施設等に宿泊した医療従事者等にかかる証明書（第1-2号様式）

(2) 宿泊施設等を借り上げた際の契約書及び領収書（写し）

月締めで精算
する場合は
対象月を記載
〇~〇月として
複数月としても可

上限を超える場合
は(1)>(2)となる

別紙添付でも可

契約書写しは、
申請ごとに
毎回添付すること

①-1 交付申請書の作成【a 借り上げ】

証明書

第1-2号様式 宿泊施設等に宿泊した医療従事者等にかかる証明書

第1-2号様式(第6条第1項第1号関係)

当医療機関で勤務を行った医療従事者等の下記の宿泊期間は、当医療機関における新型コロナウイルス感染症に対する医療提供に従事するために必要な宿泊であったことを認めます。

医療機関 所在地 ○○市○○町○丁目○番○号
 名称 ○○法人○○病院
 代表者職・氏名 院長 奈良 太郎



代表者の印を押印すること

例	宿泊者氏名	職種 (リスト選択)	宿泊日数	宿泊期間
	奈良 太郎	医師	2泊	4/20~4/21
1	奈良 太郎	医師	4泊	5/18、5/20、5/22、5/29
2	大和 花子	看護師	3泊	5/25~27
3	平城 一郎	臨床工学技士	2泊	5/25、5/29
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

宿泊期間が長く記載しきれない場合は、同一人について複数行にわたり記載してもよい。

(ただし、重複等がないように確認すること)

①-2 交付申請書の作成【b 宿泊費負担】

- 交付申請書に必要事項を記載・押印の上、必要書類を添付の上、県に提出してください。
- 宿泊費負担の場合に、必要な書類は以下のとおりです。

申請書

第1-3号様式

証明書

第1-4号様式

宿泊施設等に宿泊した医療従事者等にかかる
証明書

その他①

医療機関が医療従事者等に宿泊費を支払った
ことが確認できる書類
(支出証拠書の写し等)

その他②

医療従事者等が宿泊施設等に宿泊費を支払っ
た際の領収書(写し)

各様式の記載例やポイントは、次ページ以降を参考にしてください。

①-2 交付申請書の作成【b 宿泊費負担】

申請書

第1-3号様式

第1-3号様式（第6条第2項関係）申請者が医療機関で宿泊費用負担の場合

〇〇第〇号
令和2年7月10日

奈良県知事 殿

申請者 住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
名称 〇〇法人〇〇病院
代表者職・氏名 院長 奈良 太郎

印

新型コロナウイルス感染症に対応する医療従事者等宿泊費補助金交付申請書
(令和2年5月分)

標記の補助金の交付について、新型コロナウイルス感染症に対応する医療従事者等宿泊費補助金交付要綱第6条第2項の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 補助の対象となる経費及び補助金交付申請額

(1) 補助の対象となる経費 金 360.000 円也

(2) 補助金交付申請額 金 360.000 円也

(3) 補助金交付申請額の内訳（積算）

✓ 5月10日～31日における、当病院職員の宿泊費用負担
対象職員 〇名
延べ泊数 〇〇泊（内訳は、第1-4号様式に記載のとおり）
✓ 当院が職員に宿泊費を支払った日 令和2年6月20日(給与支払日)

2 添付書類

(1) 医療機関が医療従事者等に宿泊費を支払ったことが確認できる書類

(2) 医療従事者等が宿泊施設等に宿泊費を支払った際の領収書（写し）

(3) 宿泊施設等に宿泊した医療従事者等にかかる証明書（第1-4号様式）

月締めで精算
する場合は
対象月を記載
〇～〇月として
複数月としても可

上限を超える場合
は(1)>(2)となる

① 対象期間
② 医療機関が
職員に費用を
支払った日
を記載
内訳は、第1-4号
様式による

個人の領収書
(写し)も必ず
添付すること

①-2 交付申請書の作成【b 宿泊費負担】

証明書

第1-4号様式 宿泊施設等に宿泊した医療従事者等にかかる証明書

第1-4号様式(第6条第2項第1号、同条第4項1号関係)

当医療機関で勤務を行った医療従事者等の下記の宿泊期間は、当医療機関における新型コロナウイルス感染症に対する医療提供に従事するために必要な宿泊であったことを認めます。

医療機関 所在地 ○○市○○町○丁目○番○号
 名称 ○○法人○○病院
 代表者職・氏名 院長 奈良 太郎



代表者の印を押印すること

宿泊者氏名	職種 (リスト選択)	請求額・計 (自動計算)	宿泊単価	宿泊日数	宿泊期間	※添付書類確認
例 奈良 太郎	医師	11,000円	5,500円	2泊	4/20~4/21	<input checked="" type="checkbox"/> 領収書
1 奈良 太郎	医師	5,800円	5,800円	1泊	5/15	<input checked="" type="checkbox"/> 領収書
2 奈良 太郎	医師	6,800円	6,800円	1泊	5/20	<input checked="" type="checkbox"/> 領収書
3 奈良 太郎	医師	11,000円	5,500円	2泊	5/28~5/29	<input checked="" type="checkbox"/> 領収書
4 大和 花子	看護師	7,500円	7,500円	1泊	5/22	<input checked="" type="checkbox"/> 領収書
5 平城 一郎	臨床工学技士	19,500円	6,500円	3泊	5/25~26、5/29	<input checked="" type="checkbox"/> 領収書
6		円				<input type="checkbox"/> 領収書
7		円				<input type="checkbox"/> 領収書
8		円				<input type="checkbox"/> 領収書
9		円				<input type="checkbox"/> 領収書
10		円				<input type="checkbox"/> 領収書
11		円				<input type="checkbox"/> 領収書
12		円				<input type="checkbox"/> 領収書
13		円				<input type="checkbox"/> 領収書
14		円				<input type="checkbox"/> 領収書
15		円				<input type="checkbox"/> 領収書
16		円				<input type="checkbox"/> 領収書
17		円				<input type="checkbox"/> 領収書
18		円				<input type="checkbox"/> 領収書
19		円				<input type="checkbox"/> 領収書
20		円				<input type="checkbox"/> 領収書

宿泊期間が長く記載しきれない場合は、同一人について複数行にわたり記載してもよい。

(ただし、重複等がないように確認すること)

個人の領収書(写し)を添付しているか確認すること

② 請求書の作成【共通】

- 交付決定及び額の確定通知を受けたときは、請求書に必要事項を記載・押印して提出してください。

請求書

第3号様式

第3号様式（第10条関係）請求書

○○第○号
令和2年6月30日

奈良県知事 殿

住所 〒 ○○○-○○○
○○市○○町○丁目○番○号

名称 ○○法人○○病院

代表者職・氏名 院長 奈良 太郎

印

新型コロナウイルス感染症に対応する医療従事者等宿泊費補助金請求書

令和2年6月26日付け奈良県指令医看第○○○号の○をもって交付決定の通知があった標記の補助金について、新型コロナウイルス感染症に対応する医療従事者等宿泊費補助金交付要綱第10条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 請求額 金 1,100,000 円也

2 振込先

金融機関	○○銀行	支店名	○○本店・支店
預金種目	<input type="checkbox"/> 1 普通 <input type="checkbox"/> 2 当座	口座番号	0012345
フリガナ	マルマルホウジンマルマルヒョウイン インチョウ ナラタロウ		
口座名義	○○法人○○病院 院長 奈良太郎		

(請求者が医療従事者個人の場合のみ、下記を記載)

上記の請求について、以下の者に委任します。
氏名 _____ ㊟
勤務先医療機関 _____
住所 _____
名称 _____
代表者の職・氏名 _____

記載不要です

交付決定通知の日付、文書番号を記載

交付決定の額と一致させる

振込先の情報は誤りのないように正確に記載してください。フリガナも必ず記載してください。

請求者が医療機関の場合は、記載不要