

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：医療従事者 編】

交付申請時における証明書作成
交付申請及び請求のとりまとめ(進達) など

医療機関での手続も含みます。

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。

医療従事者

宿泊費用を負担(借上げも含む)

医療従事者

・ 補助金交付申請書等を勤務した医療機関に提出

医療機関

・ 医療機関は内容を確認し、当該医療従事者等にかかる
証明書を作成
・ 必要書類を整え、県に進達

県

県

・ 審査
・ 交付決定及び額の確定
・ 医療機関を経由し、申請者に交付決定及び額の確定を
通知

医療機関

医療従事者

医療従事者

・ 交付決定額について請求書を医療機関に提出

医療機関

・ 医療機関は内容を確認し、県に請求書を進達

県

・ 県から医療従事者個人の口座に交付決定額
の支払い

医療従事者

医療機関は複数人の申請をまとめて進達することができます。
また、費用負担している個人に配慮して、一定期間(2週間ごと)等に
進達を行うことも可能です。

① 交付申請書の作成

- 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。
- 医療従事者等が申請にあたり準備する書類は以下のとおりです。

申請書

第1－5様式

その他

申請者が宿泊施設等に宿泊費を支払った際の領収書(原本)

なお、個人でウィークリーマンションなどを借り上げた場合は、その他の書類については、次の書類を提出してください。

- ① 借り上げた際の契約書(写し)
- ② 領収書(写し)
- ③ 住所地と宿泊場所が異なることが確認できるもの(運転免許証の写し等)

- 医療機関が進達にあたり準備する書類は以下のとおりです。

進達文

第1－6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

上記の医療従事者等から提出された書類一式

①-1 交付申請書の作成

申請書

第1-5号様式

押印箇所は2カ所です。

第1-5号様式（第6条第3項関係）申請者が医療従事者等個人の場合

令和2年5月12日

奈良県知事 殿

申請者 住所 〒 ○○○-○○○○
○○市○○町○丁目○番○号
氏名 大和 花子
連絡先 090 - **** - ****

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

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3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 35,200 円也

(2) 補助金交付申請額 金 35,000 円也

(3) 補助金交付申請額の内訳（積算）
2枚目（裏面）に記載のとおり

2 添付書類
(1) 申請者が宿泊施設等に宿泊費を支払った際の領収書（原本）

上記の申請書の提出について、以下の者に委任します。

氏名 大和 花子

勤務先医療機関
住所 ○○○市○○町○丁目○○○
名称 ○○法人○○病院
代表者の職・氏名 院長 奈良 太郎

押印してください。



連絡のつく
連絡先(tel)を
記載してください。

上限を超える場合
は(1)>(2)となる

必ず2枚目の
内訳を記入して
ください。
(両面印刷可)

押印してください。

ゴム印でも可

①-1 交付申請書の作成

申請書

第1-5号様式(2枚目)

《補助金交付申請額の内訳（積算）》

(申請額は1泊あたり10,000円を超えない額)

	宿泊日	宿泊費	申請額
1	令和 2 年 4 月 28 日	5,500 円	5,500 円
2	令和 2 年 4 月 29 日	5,500 円	5,500 円
3	令和 2 年 5 月 1 日	6,500 円	6,500 円
4	令和 2 年 5 月 2 日	10,200 円	10,000 円
5	令和 2 年 5 月 3 日	7,500 円	7,500 円
6	令和 年 月 日	円	円
7	令和 年 月 日	円	円
8	令和 年 月 日	円	円
9	令和 年 月 日	円	円
10	令和 年 月 日	円	円
11	令和 年 月 日	円	円
12	令和 年 月 日	円	円
13	令和 年 月 日	円	円
14	令和 年 月 日	円	円
15	令和 年 月 日	円	円
16	令和 年 月 日	円	円
17	令和 年 月 日	円	円
18	令和 年 月 日	円	円
19	令和 年 月 日	円	円
20	令和 年 月 日	円	円
21	令和 年 月 日	円	円
22	令和 年 月 日	円	円
23	令和 年 月 日	円	円
24	令和 年 月 日	円	円
25	令和 年 月 日	円	円
26	令和 年 月 日	円	円
27	令和 年 月 日	円	円
28	令和 年 月 日	円	円
29	令和 年 月 日	円	円
30	令和 年 月 日	円	円
31	令和 年 月 日	円	円
	合計	35,200 円	35,000 円

(欄が足りない場合は、2枚目に記載してください。)

宿泊日ごとに内訳を記入してください。

宿泊費には実費を申請額には上限までの金額を記入してください。

申請額の合計を記入してください。申請書1枚目の1(2)と一致させてください。

①-2 交付申請進達文・証明書の作成

進達文

第1-6号様式

第1-6号様式（第6条第4項関係）医療機関が知事に進達する場合

〇〇第〇号
令和2年5月20日

奈良県知事 殿

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



代表者の印を押印すること

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の進達について

標記の補助金の交付について、別添第1-4号様式に記載の者から申請書の提出がありましたので、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4項の規定により、下記のとおり進達します。

記

- 1 進達書類
 - (1) 当施設に勤務する医療従事者等の補助金交付申請書（第1-5号様式）
 - (2) 申請者が宿泊施設等に宿泊費を支払った際の領収書（原本）
- 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1-4号様式）

①-2 交付申請進達文・証明書の作成

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

例	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
	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(原本)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、**医療機関を経由して**提出してください。

請求書

第3号様式

押印箇所は2カ所です。

申請書と同じ印鑑を押印してください。

第3号様式（第10条関係）請求書

令和2年6月1日

奈良県知事 殿

住所 〒 ○○○-○○○
○○市○○町○丁目○番○号

氏名 **大和 花子**

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5月28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 **35,000** 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	0054321
フリガナ	ヤマト ハナコ		
口座名義	大和 花子		

(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	大和 花子
勤務先医療機関	
住所	○○市○○町○○○
名称	○○法人○○病院
代表者の職・氏名	院長 奈良 太郎

押印してください。



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。



押印してください。

ゴム印でも可