

# 新型コロナウイルス感染症対応医療従事者等 慰労金給付事業 給付申請の手引き 【申請者：医療機関用】

- この手引きは、医療機関等が医療従事者等に慰労金を給付する場合のものです。個人申請の場合は、個人申請用の手引きをご確認ください。
- 申請手続を行われる場合は、Q&Aもあわせてご確認ください。

令和2年10月13日現在  
(第3版)

奈良県 医師・看護師確保対策室

# 給付申請の手引き 目次

- はじめに ～ 医療機関等は誰の分の申請を行えばよいか P 1
- 手続の流れ P 2
- 申請準備① 自施設の申請基準額を確認する P 3
- 申請準備② 様式をダウンロードする P 5
- 申請準備③ 給付対象となる医療従事者等を特定する P 8
- 申請準備④ 申請書類を作成・提出する P 14
- 申請後の流れ 県の審査、給付決定通知、概算払請求書の提出 P 19
- 給付後の流れ 県の給付、医療従事者等に給付、実績報告・精算 P 21
- さいごに ～ 申請にあたりご注意いただきたいこと P 23

# はじめに ～ 医療機関等は誰の分の申請を行えばよいか

- 慰労金は、「患者と接する業務で10日以上勤務」などの要件を満たす医療従事者や職員が給付の対象となることから、原則として医療機関等において対象者を特定して、個人の申請を取りまとめていただくこととしています。
- 県から医療機関等に対して一括して慰労金を給付いたしますので、対象となる医療従事者等に振込や現金給付等の方法によりお渡しいただく必要があります。

## ポイント① 派遣労働者や委託業務受託者の従業員（派遣労働者等）

- 医療機関等は、直接雇用する職員だけでなく、自施設内で勤務する派遣労働者等の慰労金についても、取りまとめて代理申請・受領を行います。
- なお、派遣労働者等の慰労金については、所属する派遣元会社等を経由して給付することも可能です。📄 詳しくは12ページへ

## ポイント② 既に退職した医療従事者等

- 申請時に既に退職した医療従事者等についても、原則として勤務していた医療機関等が取りまとめ申請することとしています。
- やむを得ない事情がある場合は、個人として申請することも可能ですが、この場合は、医療機関等が「勤務期間証明書」を個人に交付する必要があります。  
退職者から証明書発行の依頼があった場合は、ご協力いただくようお願いします。

# 手続の流れ

## 申請前の準備

## 申請書の作成・提出

## 支給

## 支給後

① 申請基準額を確認

② 様式をダウンロード

③ 対象となる医療従事者等を特定

④ 申請書類を作成・提出

⑤ 県審査・給付決定(郵送で通知)

⑥ 県に概算払請求書を提出

⑦ 県から医療機関等に一括給付

⑧ 医療機関等が職員等に慰労金給付

⑨ 県に実績報告書を提出

⑩ 残金があれば県に返納

3

5

8

14

19

20

21

21

21

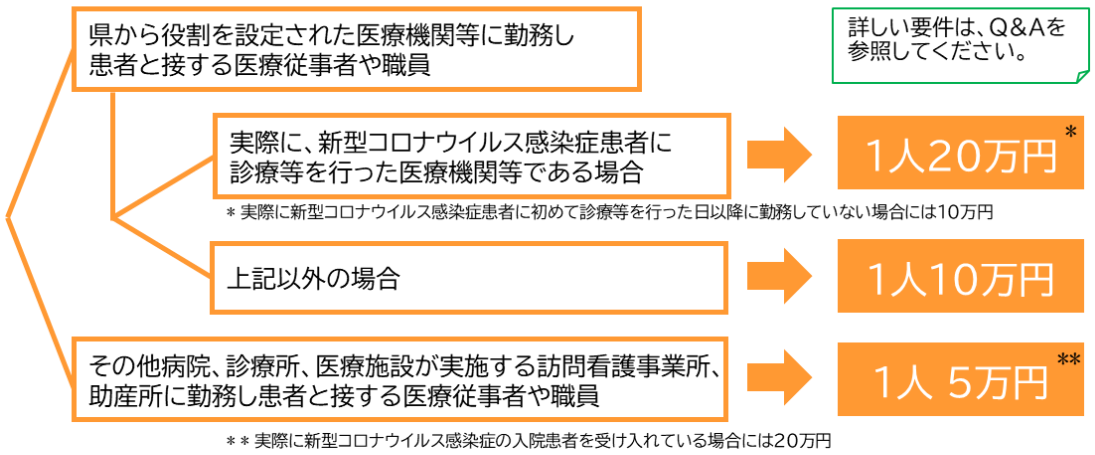
21

9月1日(火)から申請受付開始。12月31日(木)まで。(消印有効)

# 申請準備① 自施設の申請基準額を確認する

- まず、自施設の申請基準額を確認します。  
申請基準額は、県から役割を設定された医療機関であるか、実際に新型コロナウイルス感染症患者の受入れを行ったにより判定されます。

勤務要件	新型コロナウイルス感染症患者の1例目発生日 (令和2年1月28日)から同年6月30日までに10日間以上勤務
------	--



「県から役割を設定された医療機関」とは、次のような医療機関等をいいます。

- ・ 感染症指定医療機関
- ・ 新型コロナウイルス感染症患者の入院を受け入れる医療機関
- ・ 帰国者・接触者外来設置医療機関
- ・ 地域PCR検査センター
- ・ 軽症者宿泊療養施設

- 保険医療機関単位(保険医療機関コード)ごとに申請基準額が決定します。  
原則として、一つの医療機関等からは一つの申請基準額の申請になります。
- ただし、例外として、次のような場合には、複数の申請基準額の申請になる場合があります。
  - ① 対象期間中に退職・休職した医療従事者等
  - ② 他の医療機関等で行うドライブスルー外来、地域外来・検査センター、軽症者宿泊療養施設などで応援勤務した医療従事者等
  - ③ 対象期間中の人事異動等で異なる申請基準額の医療機関等に配置転換された医療従事者等

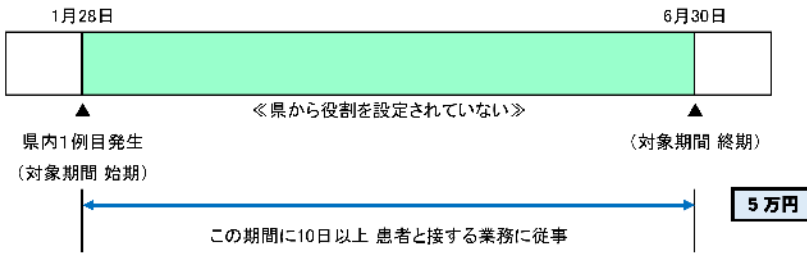
# 申請準備① 自施設の申請基準額を確認する

- 特に、対象期間中に退職・休職した方については、その時点における役割設定や患者受入の状況により、その施設における他の職員と異なる申請基準額になりますので、ご注意ください。
- また、複数の医療機関等からの重複申請とならないように、ご確認ください。

(参考) 申請基準額の考え方について

ご不明な点は、個別にお問合せください。

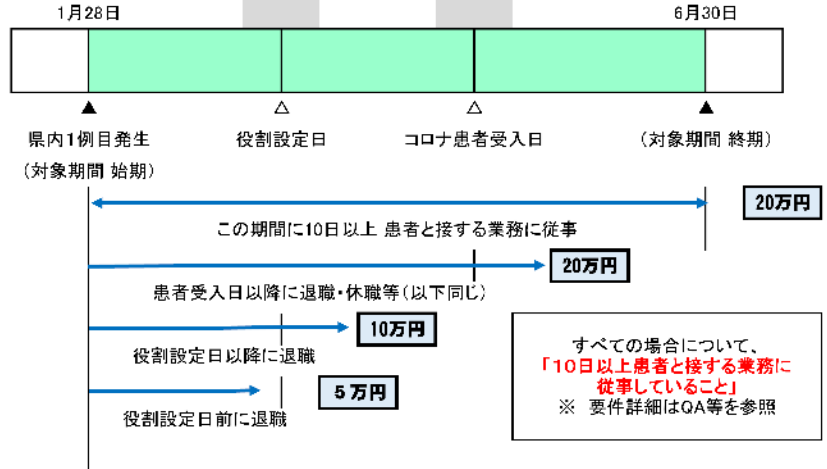
## 基準額 5万円



【上記のうち、応援等で県から役割を設定された医療機関等で1日以上従事した方】  
 応援先医療機関が役割設定後、コロナ患者受入までに従事 → 10万円  
 役割設定後、コロナ患者受入後に従事 → 20万円  
 ★ 申請は応援先医療機関等からではなく、勤務先医療機関等から行ってください。

※ コロナ患者受入日とは  
 入院受入医療機関 … コロナ陽性患者の入院日  
 帰国者・接触者外来設置医療機関、地域外来・検査センター … コロナ患者(疑い含む)の受入日

## 基準額 10万円、20万円 (県から役割を設定された医療機関等)



すべての場合について、  
**「10日以上患者と接する業務に従事していること」**  
 ※ 要件詳細はQA等を参照

### ➤ 複数の医療機関等で勤務(兼務)されている職員がいる場合の留意点

申請は、医療分・介護分・障害分の慰労金を含め、**1人1回限り**となります。  
 したがって、複数の医療機関等で勤務されている職員がいる場合は、**高い方の金額の要件に該当する医療機関等からのみ申請**となるように留意してください。

(例) 帰国者・接触者外来を設置するA病院【20万円】と特に役割設定のないのB病院【5万円】で兼務し、それぞれの病院で「患者と接する業務に10日以上勤務」の要件を満たす  
 ⇒ A病院からのみ申請となります。



# 申請準備② 様式をダウンロードする

- 下記の様式は、県のホームページからダウンロードできます。  
パソコンでの申請が難しい場合は、個別にご相談ください。

	(ア) 医療機関が給付対象者全員に直接給付	(イ) 派遣労働者等については派遣元会社等を経由して給付
申請様式	① 申請書(2-1) <b>押印</b>	① 申請書(2-1) <b>押印</b>
	② 慰労金計算書(2-2)	② 慰労金計算書(2-2)
	③ 慰労金給付対象内訳書(2-3)	③ 慰労金給付対象内訳書(2-3)
	④ 代理申請・受領委任状(1-1)【全員分・原本】	④ 代理申請・受領委任状(1-1)【職員分・原本】
		⑤ 代理申請・受領委任状(1-2)【派遣等分・原本】
		⑥ 代理申請・受領依頼書(1-3)【写し】
	<<該当者がいる場合>> ⑦ 勤務期間証明書(2-4) <b>押印</b> 【該当分・原本】	<<該当者がいる場合>> ⑦ 勤務期間証明書(2-4) <b>押印</b> 【該当分・原本】

※ ②③については電子メールで、その他(①・④～⑫)については郵送で提出。

※ 上記以外に、下記の申請準備の作業用様式を例示（作成・利用は任意）

- [参考様式1-1] 派遣労働者等の給付対象確認表 直接支給の場合
- [参考様式1-2] 派遣労働者等の給付対象確認表 派遣会社経由の場合
- [参考様式2] 他医療機関等への勤務期間証明依頼書





# 申請準備② 様式をダウンロードする

	(ア) 医療機関が給付対象者全員に直接給付	(イ) 派遣労働者等については派遣元会社等を 経由して給付
請求 ／ 実績 報告 様式	⑧ 概算払請求書(3-2) 押印	⑧ 概算払請求書(3-2) 押印
	⑨ 実績報告書(6-1) 押印	⑨ 実績報告書(6-1) 押印
	⑩ 実績報告計算書(6-2)	⑩ 実績報告計算書(6-2)
	<<口座振込の場合>> ・ 個人別の口座振込記録などの証憑写し ・ 振込手数料の証憑写し	<<口座振込の場合>> ・ 個人別の口座振込記録などの証憑写し ・ 振込手数料の証憑写し (派遣労働者等への給付分) ・ 医療機関等から派遣元会社等への口座振込 記録などの証憑写し ・ 派遣元会社等への振込手数料の証憑写し ・ 派遣元会社等から派遣労働者等への個人別の 口座振込記録などの証憑写し ・ 派遣元会社等の振込手数料の証憑写し
	<<現金給付の場合>> 現金受領簿の写し	<<現金給付の場合>> 現金受領簿の写し

※ 上記以外に、下記の申請準備の作業用様式を例示 (作成・利用は任意)

**[参考様式3] 現金受領簿**





# 申請準備② 様式をダウンロードする

- 下記の様式は、申請後の取下げや申請内容の変更(金額の増減を含む)が生じた場合に使用するものです。

	(ア) 医療機関が給付対象者全員に直接給付	(イ) 派遣労働者等については派遣元会社等を経由して給付
その他	⑪ 取下げ申請書(4) <b>押印</b>	⑪ 取下げ申請書(4) <b>押印</b>
	⑫ 変更承認申請書 (5) <b>押印</b>	⑫ 変更承認申請書 (5) <b>押印</b>

## ポイント

### どんな場合に変更承認申請が必要なのか

- 申請者の名義(住所、代表者名)が変更した場合
- 対象者の追加などにより、増額変更する場合
- 対象者の減少などにより、申請額の20%以上の減額変更する場合

できるだけ変更が生じないように申請の際に金額をよく確認!

- ※ 申請額の20%未満までの減額変更は、軽微な変更にあたり、変更承認申請書の提出は不要です。
- ※ 実績報告により額の確定をした後は、増額変更することはできませんので、新たな申請として提出いただく必要があります。事案が生じた場合は、個別にご相談ください。

## ポイント

### 増額で変更承認申請を行った場合は、どうなるか

- 変更内容を審査し、適当と認められる場合は、改めて給付決定を通知します。
- 給付決定通知後、実績報告とあわせて「請求書」(3-3)を提出してください。

# 申請準備③ 給付対象となる医療従事者等を特定する



- 次に、自施設から申請することになる給付対象となる医療従事者等を特定します。
- 「患者と接する」などの要件については、Q&Aもあわせて確認してください。

## ポイント① 派遣労働者や委託業務受託者の従業員（派遣労働者等）

- 医療機関は、派遣元会社等と協議を行い、慰労金の給付対象となる業務に従事していた者を特定します。具体的には、派遣元会社等から「**派遣労働者等の給付対象確認表**」(参考様式1)などを提出してもらいます。
- 派遣元会社等を経由せずに慰労金を給付することとした場合は、確認時において給付対象者の口座情報もあわせて確認しておいてください。

## ポイント② 既に退職した医療従事者等

- 可能な範囲で退職者に連絡をとり、医療機関等を通じて申請するか、個人で申請するか意向を確認してください。

### 【医療機関等を通じて申請する場合】

- ・ 他の職員同様、「代理申請・代理受領委任状」の提出を退職者に求めます。

### 【やむを得ない事情により退職者が個人で申請する場合】

- ・ 退職者から「勤務期間証明書」(2-4)の発行を依頼された場合は、速やかに対応していただくようご協力お願いします。

# 申請準備③ 給付対象となる医療従事者等を特定する



- 対象者を特定したら、申請書類の「慰労金給付対象内訳書」(2-3)を作成します。
- **水色のセルのみ入力できます。**(その他のセルは保護されており編集不可です。)

## 第2-3号様式 新型コロナウイルス感染症対応医療従事者等 慰労金給付対象内訳書

：水色セルのみ入力、リスト選択可能です。  
 (その他のセルは自動表示されます。)  
 印刷時は、表示>改ページプレビューから 印刷範囲を選択してください。

慰労金(20万円)	1人	¥200,000
慰労金(10万円)	0人	¥0
慰労金(5万円)	1人	¥50,000
交付申請額・合計		¥250,000

**年月日は、すべて西暦入力で元号表示(自動)されます。**

★該当する場合 →→→→→ ★で補正した場合は下記を記載し、勤務期間証明書を添付

管理番号 (半角数字) 1からの 自動連番	氏名(漢字) 姓名の間に 全角スペース 1個	フリガナ (全角カナ) 姓名の間に スペース不要	生年月日 西暦半角 年月日を/区切 りて入力する	重 複 確認欄 重複に◎	雇用区分 (リスト選択) 1:自施設職員 (常勤・非常勤) 2:派遣労働者 3:委託受託会社従業員	R2.1.28から R2.6.30まで の勤務日数 (リスト選択) 0~10日以上	退職 フラグ (リスト 選択)	退職日が ある場合 退職日 (手入力) 西暦半角 年月日を /区切り て入力	申請する医療機関での勤務実績 (リスト選択) 1:役割設定なし・コロナ対応なし 2:役割設定なし・コロナ対応あり 3:後援施設あり・コロナ受入なし 4:後援施設あり・コロナ受入あり	慰労金の 給付金額 (自動)	慰労金の 給付金額 (リスト選択) 応援や複数 機関での勤務 による 補正後額	採用金額	補正の要因となった 応援先又は複数医療機関の名称 (手入力)	勤務 日数 (半角 数字)
1	山田 太郎	ヤマダタロウ	S55.10.1		1:自施設職員	10日以上			1	5万円	20万円	20万円	応援 ○○市PCR検査センター	3日
2	平成 和子	ハイセイカズコ	S57.11.1		1:自施設職員	10日以上			1	5万円		5万円		

A 列 B 列 C 列 D 列 F 列 G 列 H 列 I 列 J 列 K 列 L 列 M 列 N 列 O 列 P 列

A	管理番号の連番表示、1-1様式、2-4様式に転記	I	退職者のみ「退職」をプルダウンリストから選択
B	氏名(漢字)全角入力 姓名の間は全角スペース1つ	J	I列で「退職」を選択した場合に退職日を入力
C	氏名(カナ)全角入力 姓名の間はスペース不要。	K	医療機関での勤務実績をプルダウンリストから選択
D	生年月日(西暦)スラッシュ半角数字入力(以下同じ。)	L	H・K列の入力情報から慰労金の金額が自動表示されます
F	ファイル内に重複ある場合「◎」と自動表示されます	M	L列の金額を補正する場合にプルダウンリストから選択
G	雇用区分をプルダウンリストから選択 ※医療施設の経営者の場合は、1:自施設職員を選択	N	L又はM列の金額が表示され、集計額が自動計算されます
		O	M列の補正要因となった他施設(勤務先名称等)を入力
H	対象期間をプルダウンリストから選択	P	M列の補正要因となった他施設での勤務日数を入力

# 申請準備③ 給付対象となる医療従事者等を特定する

## 具体的な事案の入力例

ケース1 A診療所【5万円】のみで10日間勤務した

勤務日数	10日以上	補正後金額	空欄
退職フラグ	空欄	採用金額	5万円
退職日	空欄	補正勤務先	空欄
勤務実績	1:役割・対応なし	補正勤務日数	空欄
給付金額	5万円		

ケース3 B病院【20万円】を3月末で退職し、再就職せず

勤務日数	10日以上	補正後金額	空欄
退職フラグ	退職	採用金額	10万円
退職日	R2.3.31	補正勤務先	空欄
勤務実績	3:役割あり・対応なし	補正勤務日数	空欄
給付金額	10万円		

ケース2 A診療所【5万円】で10日以上勤務し、地域外来・検査センターでも2日応援業務に従事した

勤務日数	10日以上	補正後金額	20万円
退職フラグ	空欄	採用金額	20万円
退職日	空欄	補正勤務先	〇〇市検査センター
勤務実績	1:役割・対応なし	補正勤務日数	2日
給付金額	5万円		

ケース4 B病院【20万円】に6/26から採用され勤務  
それ以前はA診療所で100日勤務

勤務日数	5日	補正後金額	20万円
退職フラグ	空欄	採用金額	20万円
退職日	空欄	補正勤務先	前職 A診療所
勤務実績	4:役割・対応あり	補正勤務日数	100日
給付金額	なし		

➤ この他の具体的な事案について不明な場合については、個別にお問合せください。

# 申請準備③ 給付対象となる医療従事者等を特定する

## 代理申請・代理受領委任状を集める

給付対象内訳書(2-3)の  
管理番号を転記

管理番号 (第2-3号様式右端)	1
---------------------	---

第1-1号様式

奈良県新型コロナウイルス感染症対応医療従事者等慰労金代理申請・受領委任状

奈良県知事 殿

令和2年8月31日

委任者	所 属	〇〇病院 内科
氏名(自署)	奈良 太郎	
住所(自署)	奈良県〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号	
生年月日(自署)	昭和・平成 53年 4月 5日	

私は、下記の事項を確認・誓約し、次の者を代理申請・受領者と定め、奈良県新型コロナウイルス感染症対応医療従事者等慰労金の給付申請及び受領に関する権限を委任します。

受任者	法 人 名	医療法人〇〇会〇〇病院
	管理者職・氏名	院長 大和 一郎
委任する金額	5万円 10万円 20万円	20万円

記

- 今回の新型コロナウイルス感染症対応医療従事者等慰労金の申請以外に、個人申請並びに他の医療機関及び介護施設・障害施設から慰労金の給付申請を行わないこと。
- 申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から慰労金の給付を受けた場合は、速やかに奈良県知事に慰労金を返還すること。

(注意事項)

- この委任状は、慰労金を代理申請・受領する職員ごとに作成してください。
- この委任状は、申請書とともに提出してください。  
(医療機関等において必要な場合は、2部作成して1部保管するか控えを保管してください。)

## (ア)給付対象者全員に直接給付の場合



- 様式(1-1)をダウンロードして給付対象となる職員等全員から委任状を集めます。
- 原本は申請書とともに県に提出する必要がありますので医療機関等で適宜控えを取って保管しておいてください。

- 氏名、住所、生年月日は自著(手書きの署名)  
※ 押印は不要です。
- (2-3)D列で入力した生年月日と一致しているか確認!

- 申請者である医療機関等の管理者を記載
- 申請書の申請者と一致しているか確認!

- 申請金額に○を付ける。
- (2-3)N列に表示された採用額と一致しているか確認!

- 確認・誓約事項をよく読んでください。

## 【ポイント】

Q 病院や診療所の経営者であり申請者となる院長自身は、委任状を提出する必要がありますか?

A 委任状様式では、慰労金給付に関する確認・誓約も兼ねていることから、申請者となる方についても委任状の提出は必要になります。

Q 派遣労働者等にも直接給付を行う場合は、どの様式の委任状を使用すればよいですか?

A 直接給付を行う場合は、(1-1)様式を使用してください。

# 申請準備③ 給付対象となる医療従事者等を特定する

## 代理申請・代理受領委任状を集める

給付対象内訳書(2-3)の  
管理番号を転記

管理番号 (第2-3号様式右端)	2
---------------------	---

第1-2号様式(派遣元会社等を経由して給付する場合)

奈良県新型コロナウイルス感染症対応医療従事者等慰労金代理申請・受領委任状

奈良県知事 殿

令和2年8月31日

委任者	所 属	株式会社〇〇(〇〇病院〇〇業務受託者)
	氏名(自署)	春日 花子
	住所(自署)	大阪府大阪市〇〇町〇〇番〇〇号
	生年月日(自署)	昭和・平成 2年 3月 20日

私は、下記の事項を確認・誓約し、受任者1を代理申請・受領者と定め、奈良県新型コロナウイルス感染症対応医療従事者等慰労金の給付申請及び受領に関する権限を委任します。また、当該委任を行い、又は受任者1から給付を受けるにあたって、受任者2を経由することとし、受任者2にその旨依頼します。

医療機関等	受任者1	法人名	医療法人〇〇会〇〇病院
		管理者職・氏名	院長 大和 一郎
	委任する金額	5万円 10万円 20万円	20万円
派遣元会社等	受任者2	法人名	株式会社〇〇 奈良営業所
		代表者職・氏名	営業所長 平城 三郎
	委任する金額	5万円 10万円 20万円	20万円

記

- 今回の新型コロナウイルス感染症対応医療従事者等慰労金の申請以外に、個人申請並びに他の医療機関及び介護施設・障害施設から慰労金の給付申請を行わないこと。
- 申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から慰労金の給付を受けた場合は、速やかに奈良県知事に慰労金を返還すること。

(注意事項)

- この委任状は、慰労金を代理申請・受領する職員ごとに作成してください。
  - この委任状は、申請書とともに提出してください。
- (医療機関等及び派遣元会社等において必要な場合は、3部作成して各1部保管するか控えを保管してください。)

## (イ)派遣元会社を経由して給付の場合 ①

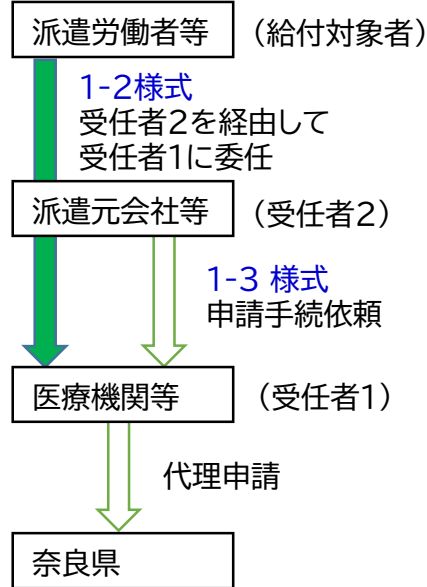
- 様式(1-2)をダウンロードして給付対象となる派遣労働者等から委任状を集めます。
- 原本は申請書とともに県に提出する必要がありますので医療機関等で適宜控えを取って保管しておいてください。



- 氏名、住所、生年月日は自著(手書きの署名)  
※ 押印は不要です。
- (2-3)D列で入力した生年月日と一致しているか確認!
- 申請者である医療機関等の管理者を記載
- 申請金額に〇を付ける
- 申請書の申請者と一致しているか確認!
- 自身が所属し、慰労金給付を経由する会社を記載
- 申請金額に〇を付ける。

### 【ポイント】

Q 受任者1と受任者2の関係はどうなりますか。



※ 慰労金の給付  
受任者1から受任者2を経由して給付

- 確認・誓約事項をよく読んでください。

# 申請準備③ 給付対象となる医療従事者等を特定する

## 代理申請・代理受領委任状を集める

第1-3号様式（派遣元会社等を経由して給付する場合）

令和2年9月3日

(医療機関等)  
**医療法人〇〇会〇〇病院**  
 管理者職・氏名 **院長 大和 一郎** 殿

会社名 **株式会社〇〇 奈良営業所**  
 代表者職・氏名 **営業所長 平城 三郎**



奈良県新型コロナウイルス感染症対応医療従事者等慰労金の代理申請・受領事務手続依頼について

貴施設で（派遣・委託）業務に従事する者にかかる慰労金の給付申請及び受領について、添付の奈良県新型コロナウイルス感染症対応医療従事者等慰労金代理申請・受領委任状（第1-2号様式）のとおり、受任しました。  
 つきましては、標記代理申請・受領の事務手続について、よろしくお願いたします。  
 なお、慰労金の入金があった際は下記口座に振り込みいただくようお願いします。

記

金融機関	〇〇銀行	支店名	〇〇 本店・支店
預金種目	① 普通 2 当座	口座番号	0012345
フリガナ	カブシキカイシャマルマルナラエイキョウシヨ エイキョウシヨチョウ ハイショウサブロク		
口座名義	株式会社〇〇奈良営業所 営業所長 平城 三郎		

(注意事項)  
 ・この依頼書は、写しを申請書とともに提出してください。

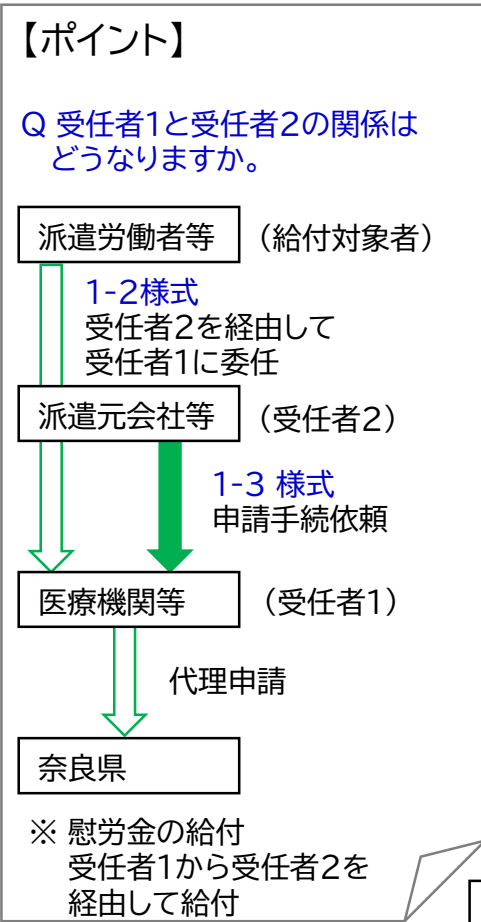
## (イ)派遣元会社を経由して給付の場合 ②

- 様式(1-3)をダウンロードして派遣元会社等から医療機関等に事務手続を依頼します。
- 原本は医療機関等において保管し、申請書とともに写しを県に提出する必要があります。



- ・ 押印が必要です。
- ・ 派遣か委託のどちらかに○を付ける

- ・ 医療機関等から給付を受ける際の振込口座情報について記載
- ・ 複数業者がある場合は、業者ごとに作成が必要です。





# 申請準備④ 申請書類を作成・提出する

- これまで作成した申請書類を含め、提出が必要な書類は次のとおりです。
- 様式は、すべて県ホームページからダウンロードできます。（5ページ再掲）

	(ア) 医療機関が給付対象者全員に直接給付	(イ) 派遣労働者等については派遣元会社等を経由して給付
申請様式	① 申請書(2-1) ⇒P15	① 申請書(2-1) ⇒P15
	② 慰労金計算書(2-2) ⇒P16	② 慰労金計算書(2-2) ⇒P16
	③ 慰労金給付対象内訳書(2-3) ⇒P9・10	③ 慰労金給付対象内訳書(2-3) ⇒P9・10
	④ 代理申請・受領委任状(1-1) ⇒P11	④ 代理申請・受領委任状(1-1) ⇒P11
		⑤ 代理申請・受領委任状(1-2) ⇒P12
		⑥ 代理申請・受領依頼書(1-3) ⇒P13
	≪該当者がいる場合≫ ⑦ 勤務期間証明書(2-4) ⇒P17	≪該当者がいる場合≫ ⑦ 勤務期間証明書(2-4) 押印 ⇒P17

※ ②③については電子メールで、その他(①・④～⑥)については郵送で提出。





# 申請準備④ 申請書類を作成・提出する

## 2-1様式 申請書

第2-1号様式（医療機関等の申請の場合）

（文書番号）  
令和2年9月10日

奈良県知事 殿

住所 〒 ○○○-○○○○  
奈良県△△市△△町△△番△△号  
代理申請・受任者名称 医療法人○○会○○病院  
管理者職・氏名 院長 大和 一郎



・押印が必要です。

奈良県新型コロナウイルス感染症対応医療従事者等慰労金給付申請書

標記について、下記のとおり、慰労金を給付されるよう関係書類を添えて申請します。

### 記

1 支給申請額

21,030,000	円
※ 第2-2号様式の合計申請額と一致していること。	

・2-2様式、2-3様式の合計額と一致を確認！

2 添付書類

- ・代理申請・受領委任状（第1-1号様式又は第1-2号様式）原本
- ・（該当する場合）代理申請・受領事務手續委任状（第1-3号様式）写し
- ・慰労金計算書（第2-2号様式）
- ・慰労金給付対象内訳書（第2-3号様式）
- ・（該当する場合）応援先医療機関等における勤務期間証明書（第2-4号様式）原本

### 【申請内容に関する問合せ先】

担当部署	総務課
担当者氏名	○○ ○○
連絡先	電話番号 ○○○○-○○-○○○○
	e-mail *****@*****.***

・不明点などについて、確認させていただく場合がありますので、必ず記入してください。（県の委託業者からご連絡させていただく場合がありますので、ご了承ください。）



# 申請準備④ 申請書類を作成・提出する

## 2-2様式 慰労金計算書

### 第2-2号様式 新型コロナウイルス感染症対応医療従事者等 慰労金計算書

申請日	2020/9/10	派遣・委託の有無	有
-----	-----------	----------	---

#### 施設概要

医療機関コード	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	施設名称	医療法人〇〇会 〇〇病院
管理者職名	院長	管理者氏名	大和 一郎 ※申請者は管理者となります。
所在地	郵便番号	都道府県名	住所
	6 3 0 - 〇 〇 〇 〇	奈良県	△△市△△町△△番△△号

#### 新型コロナウイルス感染症患者の受入について

奈良県における始期	2020/1/28	【施設類型番号】 1:新型コロナウイルス感染症患者の入院受入医療機関 2:帰国者・接触者外来設置医療機関(1以外) 3:地域外来・検査センター 4:軽症者宿泊療養施設 5:1~4以外の病院及び診療所 6:訪問看護ステーション(指定事業所・医療みなし分) 7:助産所
施設類型(番号選択)	1及び2	
▽該当する場合のみ下記の日付を入力		
県から役割設定を受けた日	2020/3/20	※「最初に受け入れた日」は、新型コロナウイルス感染症患者に対して入院診療を行った日となります。 (帰国者・接触者外来を設定する医療機関は、疑い例を含め診療を行った日となります。)
新型コロナウイルス感染症患者を最初に受け入れた日	2020/3/25	
対象期間起日	2020/1/28	

#### 振込口座情報(必須) ※口座番号などにお間違いのないよう注意してください。

金融機関名	本支店名	預金種目	口座番号(右詰め)
〇〇銀行	〇〇 支店	普通預金	0 5 4 3 2 1 0
(フリガナ)半角付	イハウホウシンマルマルカイマルマルビウインチョウヤブイテロウ		
口座名義	医療法人〇〇会〇〇病院 院長 大和 一郎		

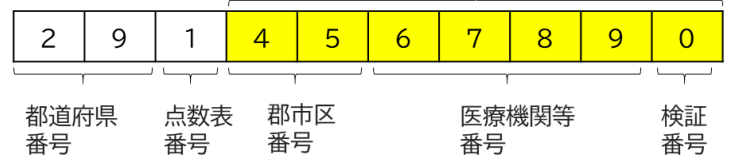
#### 慰労金給付申請額

科目	対象人数	申請額(円) ※自動計算
慰労金(20万円)	100人	20,000,000円
慰労金(10万円)	0人	0円
慰労金(5万円)	20人	1,000,000円
振込手数料		30,000円
合計申請額		21,030,000円

- 水色のセルのみ入力できます。(その他のセルは保護されており編集不可です。)

#### 医療機関コード(10桁)の入力方法

後半7桁は、近畿厚生局に届け出ている番号です。



- ▼ 3桁目(点数表番号)  
医科は「1」  
歯科は「3」  
訪問看護ステーションは「6」  
助産所は「0」

▼ なお、助産所コードを有さない助産所は「9999999999」と入力してください。

- 役割設定のない医療機関等は、入力不要
- 役割設定のある医療機関等は、県から別途連絡する日付を入力 (参考) 申請基準額の考え方について
- 口座番号などに誤りがあると振込が遅れます。間違いのないようご確認ください。

- 金額別の対象人数と振込手数料を入力すると、申請金額が自動計算されます。
- 振込手数料は、過不足が生じないように予め確認してください。派遣元会社等の振込手数料についても併せて計上してください。



# 申請準備④ 申請書類を作成・提出する

## 2-4様式 他医療機関等の勤務期間証明書

## 該当者がいる場合

第2-4号様式

(文書番号)  
令和2年8月31日

奈良県知事 殿

医療機関コード(10桁): **0987654321**  
住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇  
**奈良県〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号**  
名称 **医療法人〇〇会 〇〇病院**  
管理者職・氏名 **院長 〇〇 〇〇**



奈良県新型コロナウイルス感染症対応医療従事者等慰労金給付に係る  
勤務期間証明書

標記について、下記のとおり、相違ないことを証明いたします。

記

証明対象職員氏名	奈良 五郎	
所属部門・部署	診療部(内科)	
職 種	医師	
主な業務内容	非常勤・当直勤務	
1月28日から6月末日までの勤務日数	30日	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;">           入院受入機関の場合 10日  <small>※陽性患者受入日から</small>            外来設置医療機関の場合 日  <small>※疑い患者含め受入日から</small> </div>
当施設における新型コロナウイルス感染症患者1例目受入から6月末日までの勤務日数		
施設類型	1	

- ・ 押印が必要です。
- ・ 地区医師会が証明を行う場合は、医療機関コードの記載は不要です。

- ・ 応援先・合算先での勤務日数を記入
- ・ (2-3)P列で入力した日数と一致しているか確認!

- ・ 左の施設類型表から該当する番号を記載

施設類型	1: 新型コロナウイルス感染症患者の入院受入医療機関
	2: 帰国者・接触者外来設置医療機関
	3: 地域外来・検査センター
	4: 軽症者宿泊療養施設
	5: 1~4以外の病院及び診療所
	6: 病院又は診療所の実施する訪問看護事業所
	7: 助産所

### 【該当者とは】

- ① 応援等で他医療機関等で勤務したことにより、慰労金の金額が自医療機関の申請基準額と異なる職員等
- ② 転職や人事異動などにより他医療機関等での勤務を合算することで要件を満たす職員等

### 【ポイント】

- ★ 各医療機関等に勤務期間証明書の交付依頼は、個人または医療機関等から行ってください。

### 【参考様式2】

#### 他医療機関等への勤務期間証明依頼書

(依頼先から様式の指定がある場合は、それによる。)

- ★ 証明書の交付依頼を受けた医療機関は、速やかに交付していただくよう、ご協力をお願いいたします。



## 申請書類の提出



ポストに入れる前にもう一度確認を！

- 記載漏れや記載誤りはありませんか。(特に、振込先口座番号、口座名義など)
- 押印が必要な書類に押印漏れはありませんか。
- 必要な添付書類はすべてそろっていますか。
- 原本が必要な書類について、写しではなく原本を添付していますか。

封筒の宛先横に「奈良県新型コロナ医療分慰労金申請書」と朱書きしてください。

郵送先住所及び電子メール送付先のアドレスは、最終ページをご確認ください。

申請書類一式は、郵送で提出してください。

△ ただし、慰労金計算書(2-2号様式)、慰労金給付対象内訳書(2-3号様式)については、電子メールで提出してください。

電子メールの送付がない場合は、個別にご連絡させていただきますのでお忘れのないようお願いします。

# 申請後の流れ 県の審査、給付決定通知、概算払請求書の提出

県の審査

補正・修正

給付決定通知

概算払請求書  
作成・提出

- 給付要件に該当するか、必要な書類がそろっているか、重複がないかなど、県において審査を行います。
- 書類の不足や記載誤りがある場合は、個別に連絡させていただき、補正や修正をお願いする場合があります。
- 審査の結果、適当と認められる場合は、給付を決定し、県から郵送で代理申請者(医療機関等)に「給付決定通知書」を送付します。
- 医療機関等は、**給付決定のあった金額**について、「**概算払請求書**」(3-2)を作成し、**押印の上、県に郵送で提出**します。  
☞ 20ページ参照

## 【ポイント】

Q 給付決定通知を受けた後に、変更が生じた場合はどうしたらよいですか。

A **【増額変更、20%を超える減額変更、申請者の住所・氏名などの変更 等】**

⇒ 変更内容をした「**変更承認申請書**」(第5号様式)及び**資料**を提出してください。  
具体的な手続については、個別にお問合せください。

**【20%を超えない減額変更】**

⇒ 実績報告書の提出時に精算を行います。

# 申請後の流れ 県の審査、給付決定通知、概算払請求書の提出

## 3-2様式 概算払請求書

(第3-2号様式) 医療機関等申請の概算払請求書

### 概 算 払 請 求 書

金 **21,030,000** 円 也

・ 給付決定通知書に記載された金額を記入

ただし、 奈良県新型コロナウイルス感染症対応医療従事者等慰労金

上記金額を請求します。

令和2年9月28日

・ 給付決定通知日以降の日付を記入  
(通常は、請求書を提出する日付)

奈良県知事 殿

郵便番号 〒 〇〇〇-〇〇〇〇  
住所 奈良県△△市△△町△△番△△号  
名称 医療法人〇〇会〇〇病院  
管理者職・氏名 院長 大和 一郎  
(記名押印)



・ 押印が必要です。

### <受取口座>

※ 長期間入出金のない口座を記入しないでください。

※ 口座番号等の記載誤りがないか再度確認してください。記載誤りがあると給付が遅れることがあります。

金融機関	〇〇銀行	本支店名	〇〇 本店・支店
預金種目	① 普通 2 当座	口座番号	0543210
フリガナ	イリョウホクシンマルマルカイマルビョウクインインチョクヤマイチロク		
口座名義	医療法人〇〇会〇〇病院 院長 大和 一郎		

・ 口座番号などに誤りがあると振込が遅れます。  
間違いのないようご確認ください。  
・ (2-2)様式に記入した口座情報と一致しているか確認!

# 給付後の流れ 県の給付、医療従事者等に給付、実績報告・精算

## 県の給付

- 県から医療機関等の口座に慰労金が振り込まれます。

## 医療従事者等に給付

- 医療機関等は、給付対象者(又は派遣元会社等)に口座振込または現金給付などの方法により慰労金を給付します。

- ★ 慰労金は非課税所得であり、源泉徴収は不要ですのでご注意ください。
- ★ 医療機関等は、慰労金の全額を給付対象者に給付してください。
- ★ 実績報告で振込確認ができるよう、給与とは別に給付してください。

## 現金給付の場合の留意点

### 【参考様式3】 現金受領簿

- ・ 実績報告の際に必要なになりますので、全員から署名又は記名押印により、給付対象者の受領確認を行ってください。
- ・ なお、口座振込の場合で、個人別の振込記録が出せない場合については、現金受領簿様式により受領確認を行ってもかまいません。

## 実績報告書の作成・提出

- 医療機関等は、給付完了後30日以内に、県に対して実績報告書を提出する必要があります。📄 22ページ参照

## 精算・返納

- 精算の結果、返納が生じる場合は、県から医療機関等に「返納通知書」を送付しますので、期日までに返納ください。

# 給付後の流れ 県の給付、医療従事者等に給付、実績報告・精算

## 6-1様式 実績報告書

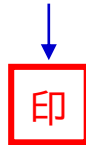
第6-1号様式

(文書番号)  
令和2年11月30日

奈良県知事 殿

・押印が必要です。

住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇  
 奈良県△△市△△町△△番△△号  
 代理申請・受任者名称 医療法人〇〇会〇〇病院  
 管理者職・氏名 院長 大和 一郎



奈良県新型コロナウイルス感染症対応医療従事者等慰労金給付実績報告書

標記について、下記のとおり給付実績を報告します。

記

- 1 実績額 実績報告計算書(第6-2号様式)のとおり
- 2 添付書類

- (1) 代理受領医療機関等が医療従事者等又は派遣元会社等に対して慰労金を給付した際の証憑(個人ごとの振込記録又は現金給付の場合は受領簿等)の写し(代理受領医療機関等が派遣元会社等を経由して派遣労働者等に慰労金を給付した場合には、当該派遣元会社等が派遣労働者等に対して給付した際の証憑の写しを含む。)
- (2) 代理受領医療機関等(派遣元会社等を含む。)が慰労金の給付にあたり振込手数料等を要した場合は、振込手数料が確認できる証憑の写し
- (3) その他

## 6-2様式 実績報告計算書

第6-2号様式 慰労金 実績報告計算書

施設概要

医療機関コード 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 施設名称 医療法人〇〇会 〇〇病院

慰労金 実績報告

科目	対象人数	申請額(円) ※自動計算
慰労金(20万円)	100人	20,000,000円
慰労金(10万円)	0人	0円
慰労金(5万円)	20人	1,000,000円
振込手数料		25,000円
慰労金 支給済み額 [A]		21,025,000円
慰労金 給付決定額 [B]		21,030,000円
慰労金 精算額 [B-A]		5,000円

※給付決定通知書を確認し記載してください。

- 水色のセルのみ入力できます。(その他のセルは保護されており編集不可です。)
- 慰労金給付決定額【B】には、給付決定通知書の金額を転記してください。

### 【ポイント】

- ★ 実績報告には、左の添付資料が必要です。給付対象者の全員について給付を完了したことを確認します。
- ★ 精算(過不足)がない場合であっても、実績報告書の提出は必要になります。  
 実績報告書の提出がないままである場合は、精算が完了できず、給付決定の取消しや返還請求に至る場合がありますので、必ず提出してください。



# さいごに ～ 申請にあたりご注意いただきたいこと

## パソコンでの書類作成が難しい場合

- 医療機関等においてパソコンでの書類作成が難しい場合は、紙媒体でも受け付けます。紙媒体の申請書については、必要に応じて配布しますので、個別にお問合せください。

## 医療機関等からの申請が難しい場合

- 退職などのやむを得ない事情により医療機関等から申請が難しい医療従事者等については、個人からの申請も可能です。☞【申請者:個人用】の手引きを参照

## 留意事項

- 慰労金の給付は、**1人につき1回限り**です。
- 次のような場合には、**給付決定を取り消し、返還を求める**こととなります。
  - ・ 県の指示に従わなかったとき、又は検査を拒み、若しくは妨げたとき
  - ・ 偽りその他不正の手段により慰労金の給付を受けたとき
  - ・ 慰労金の給付対象者の要件に該当しないことが明らかとなったとき
  - ・ 同一の給付対象者や医療機関等が重複して慰労金の給付を受けたことが明らかとなったとき
  - ・ 代理申請・受領の委任を受けた医療機関等や派遣元会社等が合理的期間が経過した後も給付対象者に給付を完了させていないことが明らかとなったとき

# 提出先及び問合せ先

## 提出先

〒630-8501

奈良市登大路町30番地

奈良県 医療政策局 医師・看護師確保対策室 慰労金担当

電子メールアドレスは、別途、県からメール等によりご案内します。

県で連絡先が分からずご案内できない場合がございますので、案内がない場合は個別にコールセンターにお問い合わせください。

## 問合せ先

➤ おかけ間違いのないようご注意ください。

【申請受付に関すること】（記載方法、審査内容など） **令和2年9月4日(金)から開設**

奈良県 慰労金(いろうきん)コールセンター

電話：0742-81-3130 年未年始を除く、平日8時30分～17時

【制度設計に関すること】

厚生労働省医政局 新型コロナ緊急包括支援交付金コールセンター

電話：0120-786-577 平日9:30～18:00