厚生労働省発健１０２７第１号
令 和 ２ 年 １ ０ 月 ２ ７ 日

各都道府県知事　殿

厚生労働事務次官
（公 印 省 略）

「令和２年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金（インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業）交付要綱」の一部改正について

標記の国庫補助金の交付については、令和２年９月１５日厚生労働省発健０９１５第８号の別添「令和２年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金（インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業）交付要綱」（以下「交付要綱」という。）により行われているところであるが、今般、交付要綱の一部が別紙のとおり改正され、令和２年９月１５日から適用することとされたので、通知する。

なお、貴職から貴管内の市区町村に対して通知するとともに、関係機関等に周知するようお願いする。

（別紙）

○令和２年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金（インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業）交付要綱（令和２年９月１５日厚生労働省発健０９１５第８号厚生労働事務次官通知別添）の一部改正について【新旧対照表】

（下線部が変更部分）

| 改　正　後 | 現　行 |
| --- | --- |
| 別　添<br><br>令和２年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金（インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業）交付要綱<br><br>１～12　（略）<br><br>第１号様式　（略）<br><br>第２号様式<br>番号<br>令和○年○月○日<br><br>厚生労働大臣　殿<br><br>補助事業者名<br><br>令和２年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金（インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業）交付申請書<br><br>標記について、次のとおり関係書類を添えて申請する。<br><br>１．・２．　（略）<br><br>３．都道府県からの「診療・検査医療機関（仮称）」の指定を受けたことを証する書類（都道府県の指定通知書等）の写し | 別　添<br><br>令和２年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金（インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業）交付要綱<br><br>１～12　（略）<br><br>第１号様式　（略）<br><br>第２号様式<br>番号<br>令和○年○月○日<br><br>厚生労働大臣　殿<br><br>補助事業者名　印<br><br>令和２年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金（インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業）交付申請書<br><br>標記について、次のとおり関係書類を添えて申請する。<br><br>１．・２．　（略）<br><br>３．都道府県からの「診療・検査医療機関（仮称）」の指定を受けたことを証する書類（都道府県の指定通知書等） |

| | |
|---|---|
| ４．　（略）<br><br>第２号様式（別紙）　（略）<br><br>第３号様式<br>番号<br>令和○年○月○日<br><br>厚生労働大臣　殿<br><br>補助事業者名<br><br>令和２年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金（インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業）実績報告の提出について<br><br>標記について、次のとおり関係書類を添えて報告する。<br><br>１．～３．　（略） | ４．　（略）<br><br>第２号様式（別紙）　（略）<br><br>第３号様式<br>番号<br>令和○年○月○日<br><br>厚生労働大臣　殿<br><br>補助事業者名　印<br><br>令和２年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金（インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業）実績報告の提出について<br><br>標記について、次のとおり関係書類を添えて報告する。<br><br>１．～３．　（略） |

第３号様式（別紙）

インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業
精算額調書（事業実績書）

Ⅰ．基本情報

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| １．報告年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | | |
| ２．医療機関の名称 | | | | |
| ３．保険医療機関番号 | | | | |
| ４．医療機関の住所 | 〒 | | | |
| ５．医療機関の電話番号 | | | | |
| ６．担当者の所属及び氏名 | 所属 | | 氏名 | |
| ７．担当者のＥメールアドレス | | | | |
| ８．都道府県の診療･検査医療機関（仮称）の指定 | 指定日 | 令和　　年　　月　　日 | | |
| | 指定解除日 | 令和　　年　　月　　日 | | |
| ９．自院のかかりつけ患者及び自院に相談のあった患者である発熱患者等のみを受け入れる「診療･検査医療機関（仮称）」の指定を受けた場合 | | | | |

Ⅱ．補助金の振込先　（略）

Ⅲ．事業実績（明細書）　（略）

第４号様式

番号
令和○年○月○日

厚生労働大臣　殿

補助事業者名

令和２年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制
確保支援補助金（インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の
外来診療・検査体制確保事業）精算交付申請書

第３号様式（別紙）

インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業
精算額調書（事業実績書）

Ⅰ．基本情報

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| １．申請年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | | |
| ２．医療機関の名称 | | | | |
| ３．保険医療機関番号 | | | | |
| ４．医療機関の住所 | 〒 | | | |
| ５．医療機関の電話番号 | | | | |
| ６．担当者の所属及び氏名 | 所属 | | 氏名 | |
| ７．担当者のＥメールアドレス | | | | |
| ８．都道府県の診療･検査医療機関（仮称）の指定 | 指定日 | 令和　　年　　月　　日 | | |
| | 指定解除日 | 令和　　年　　月　　日 | | |
| ９．自院のかかりつけ患者及び自院に相談のあった患者である発熱患者等のみを受け入れる「診療･検査医療機関（仮称）」の指定を受けた場合 | | | | |

Ⅱ．補助金の振込先　（略）

Ⅲ．事業実績（明細書）　（略）

第４号様式

番号
令和○年○月○日

厚生労働大臣　殿

補助事業者名　印

令和２年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制
確保支援補助金（インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の
外来診療・検査体制確保事業）精算交付申請書

| | |
|---|---|
| 標記について、次のとおり関係書類を添えて申請する。<br><br>１．・２．　（略）<br><br>３．都道府県から「診療・検査医療機関（仮称）」の指定を受けたことを証する書類（都道府県の指定通知書等）の写し<br><br>４．　（略）<br><br>第４号様式（別紙）　（略） | 標記について、次のとおり関係書類を添えて申請する。<br><br>１．・２．　（略）<br><br>３．都道府県から「診療・検査医療機関（仮称）」の指定を受けたことを証する書類（都道府県の指定通知書等）<br><br>４．　（略）<br><br>第４号様式（別紙）　（略） |

厚生労働省発健０９１５第８号
令 和 ２ 年 ９ 月 １ ５ 日
一部改正　厚生労働省発健１０２７第１号
令 和 ２ 年 １ ０ 月 ２ ７ 日

各都道府県知事　殿

厚生労働事務次官
（ 公 印 省 略 ）

令和２年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保
支援補助金（インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業）の交付について

標記については、別添「令和２年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金（インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業）交付要綱」により行うこととされ、令和２年９月 15 日から適用することとされたので、通知する。

なお、貴職から貴管内の市区町村に対して通知するとともに、関係機関等に周知するようお願いする。

別　添

令和２年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金
（インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業）
交付要綱

（通則）

１　令和２年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金（インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業）については、予算の範囲内において交付するものとし、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律（昭和３０年法律第１７９号）、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律施行令（昭和３０年政令第２５５号。以下「適正化令」という。）及び厚生労働省所管補助金等交付規則（平成１２年厚生労働省令第６号）の規定によるほか、この交付要綱の定めるところによる。

（交付の目的）

２　インフルエンザ流行期に備えて、インフルエンザ流行の規模が予測できない中で、多数の発熱患者等が地域の医療機関において適切に診療・検査を受けられる体制を整備することにより、感染症対策の強化を図ることを目的とする。

（交付の対象）

３　この補助金は、別に定める、都道府県の指定を受けた診療・検査医療機関（仮称）が発熱患者等専用の診察室（時間的・空間的分離を行い、プレハブ・簡易テント・駐車場等で診療する場合を含む。以下同じ。）を設けた上で、予め発熱患者等の対応時間帯を住民に周知し、又は地域の医療機関や受診・相談センター（仮称）と情報共有して、発熱患者等を受け入れる体制をとった場合に、外来診療・検査体制確保に要する費用を補助する。

（交付額の算定方法）

４　この補助金の交付額は、次により算出するものとする。

ただし、算出された額に１，０００円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。

（１）　診療・検査医療機関（仮称）が発熱患者等専用の診察室を設けた上で、

予め発熱患者等の対応時間帯を住民に周知し、又は地域の医療機関や受診・相談センター（仮称）と情報共有して、発熱患者等を受け入れる体制を確保した時間に応じて、発熱患者等専用の診察室で受け入れる発熱患者等の想定受診患者数から、実際に発熱患者等専用の診察室で診療を行った発熱患者等の受診患者数を差し引いた人数に、外来診療・検査体制確保料として１３，４４７円を乗じた額を算定する。

発熱患者等の想定受診患者数は、１日あたり２０人を上限として、２０人を７時間で除した数値に、診療･検査医療機関（仮称）が発熱患者等専用の診察室を設けて発熱患者等を受け入れる体制を確保した時間数を乗じた人数とする。ただし、診療･検査医療機関（仮称）が発熱患者等専用の診察室を設けて自院のかかりつけ患者及び自院に相談のあった患者である発熱患者等のみを受け入れる場合は、発熱患者等の想定受診患者数は、１日あたり５人を上限として、５人を２時間で除した数値に、診療･検査医療機関（仮称）が発熱患者等専用の診察室を設けて自院のかかりつけ患者及び自院に相談のあった患者である発熱患者等のみを受け入れる体制を確保した時間数を乗じた人数とする。

（２）（１）に関わらず、実際に発熱患者等専用の診察室で診療を行った発熱患者等の受診患者数が０人の月（令和２年９月、１０月は除く。）については、（１）の算定額を２で除した額を算定した額とする。ただし、過疎地域自立促進特別措置法（平成１２年法律第１５号）の過疎地域に所在する診療･検査医療機関（仮称）の場合は、この限りでない。

（３）（１）及び（２）により算定された額と総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額とを比較して少ない方の額を交付額とする。

（補助金の概算払）

５　厚生労働大臣は、原則として支払うべき額を確定した後、補助事業者が提出する精算払請求書に基づいて支払を行う。この場合において、厚生労働大臣は、補助事業者から適法な精算払請求書を受理してから速やかにこれをしなければならない。

ただし、補助事業者が概算払による支払を要望する場合は、厚生労働大臣は補助事業者の資力、補助事業の内容及び事務の内容等を勘案し、真にやむを得ないと認めた場合には、これを財務大臣に協議し、承認が得られた場合には概算払をすることができる。

（交付の条件）

６　この補助金の交付の決定には、次の条件が付されるものとする。

（１）　都道府県が診療・検査医療機関（仮称）の指定を解除した場合には、指定解除の日以降の経費については交付の対象から外れるものであること。

（２）　事業の内容の変更（軽微な変更を除く。）をする場合には、厚生労働大臣の承認を受けなければならない。

（３）　事業を中止し、又は廃止する場合には、厚生労働大臣の承認を受けなければならない。

（４）　事業が予定の期間内に完了しない場合又は事業の遂行が困難となった場合には、速やかに厚生労働大臣に報告してその指示を受けなければならない。

（５）　補助金と事業に係る証拠書類等の管理については次によるものとする。

ア　補助事業者が地方公共団体の場合

補助金と事業に係る予算及び決算との関係を明らかにした第１号様式による調書を作成するとともに、事業に係る歳入及び歳出について証拠書類を整理し、かつ調書及び証拠書類を補助金の額の確定の日（事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、その承認を受けた日）の属する年度の終了後５年間保管しておかなければならない。

イ　補助事業者が地方公共団体以外の場合

事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出について証拠書類を整理し、かつ、当該帳簿等及び証拠書類を補助金の額の確定の日（事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、その承認を受けた日）の属する年度の終了後５年間保管しておかなければならない。

（６）　この補助金に係る補助金の交付と対象経費を重複して、他の補助金を受けてはならない。

（７）　診療・検査医療機関（仮称）として都道府県に指定されている期間中は、新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システム（G-MIS）及び新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム（HER-SYS）に必要な情報の入力を行うこと。

（申請手続）

７　この補助金の交付の申請は、第２号様式による申請書に関係書類を添えて、厚生労働大臣が別に定める日までに厚生労働大臣に提出するものとする。

（変更申請手続）

８　この補助金の交付決定後の事情の変更により申請の内容を変更して追加交付申請等を行う場合には、７に定める申請手続に従い、厚生労働大臣が別に定

める日までに行うものとする。

（交付決定までの標準的期間）

9　厚生労働大臣は、７又は８に定める申請書が到達した日から起算して原則として１か月以内に交付の決定（決定の変更を含む。）を行うものとする。

（実績報告）

10　この補助金の事業実績報告は、事業完了の日から起算して１か月を経過した日（６の（３）により事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、当該承認通知を受理した日から起算して１か月を経過した日）又は令和３年４月１０日のいずれか早い日までに第３号様式による報告書を厚生労働大臣に提出しなければならない。

（補助金の返還）

11　厚生労働大臣は、交付すべき補助金の額を確定した場合において、既にその額を超える補助金が交付されているときは、期限を定めて、その超える部分について国庫に返還することを命ずる。

（その他）

12　特別の事情により４、７、８及び10に定める算定方法、手続きによることができない場合には、あらかじめ厚生労働大臣の承認を受けてその定めるところによるものとする。

　なお、この補助金について、精算交付申請を行う場合は、別途指示する期日までに、第４号様式による申請書を厚生労働大臣に提出して行うものとする。

第１号様式

令和２年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金（インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業）調書

厚生労働省所管　　（補助事業者名）

| 国 | | 地　方　公　共　団　体 | | | | | | | | | | 備　考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 予 算 科 目 | 交付決定の　額 | 歳　入 | | | 歳　出 | | | | | | | |
| | | 科　目 | 予算現額 | 収入済額 | 科　目 | 予算現額 | うち補助金相当額 | 支出済額 | うち補助金相当額 | 翌年度繰越額 | うち補助金相当額 | |
| （項）感染症対策費<br>（目）新型コロナウイルス感染症医療提供体制確保支援補助金 | 円 | | 円 | 円 | | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | |

（作成要領）

１　「国」の「交付決定の額」は、交付決定通知書の交付決定の額を記入すること。

２　「地方公共団体」の「科目」は、歳入にあっては、款、項、目、節を、歳出にあっては、款、項、目をそれぞれ記入すること。なお、歳出については、前記１の額に対応する経費の配分が、目の内訳に係るときは、当該経費の配分の目の内訳として記入すること。

３　「予算現額」は、歳入にあっては、当初予算額、補正予算額等の区分を、歳出にあっては、当初予算額、補正予算額、予備費支出額、流用増減額等の区分を明らかにすること。

４　「備考」は、参考となるべき事項を適宜記入すること。

５　補助事業等の地方公共団体の歳出予算額の繰越が行われた場合における翌年度に行われる当該補助事業等に係る補助金についての調書の作成は、本表に準じること。この場合において地方公共団体の歳入の科目に「前年度繰越額」を掲げる場合は、その「予算現額」及び「歳入済額」の数字下欄に国庫補助額を内書（　　）をもって附記すること。

第２号様式

番号
令和〇年〇月〇日

厚生労働大臣　殿

補助事業者名

令和2年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金（インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業）交付申請書

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請する。

１．国庫補助申請額　　金0円

２．交付申請書（事業計画書及び所要見込額明細書）　　（別紙）

３．都道府県から「診療・検査医療機関（仮称）」の指定を受けたことを証する書類（都道府県の指定通知書等）の写し

４．当該事業に係る収入支出予算書の抄本（当該補助事業の予算額を備考欄等に記入すること。）

第２号様式（別紙）

# インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業
# 交付申請書（事業計画書・所要見込額明細書）

## Ⅰ．基本情報

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1．申請年月日 | 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | |
| 2．医療機関の名称 | | | | | | | | |
| 3．保険医療機関番号 | | | | | | | | |
| 4．医療機関の住所 | 〒 | | | | | | | |
| 5．医療機関の電話番号 | | | | | | | | |
| 6．担当者の所属及び氏名 | 所属 | | | 氏名 | | | | |
| 7．担当者のＥメールアドレス | | | | | | | | |
| 8．都道府県の診療･検査医療機関(仮称)の指定 | 指定日 | 令和 | | 年 | | 月 | | 日 |
| | 指定解除日 | 令和 | | 年 | | 月 | | 日 |
| 9．自院のかかりつけ患者及び自院に相談のあった患者である発熱患者等のみを受け入れる「診療･検査医療機関(仮称)」の指定を受けた場合 | | | | | | | | |

## Ⅱ．補助金の振込先

| | | | |
|---|---|---|---|
| 金融機関名 | | 支店名 | |
| 金融機関コード | | 支店コード | |
| 口座名義 | | フリガナ | |
| 口座種別 | | 口座番号 | |



## Ⅲ．事業計画

***※本事業実施期間の１日想定稼働時間数、１日想定受診者数、稼働日数見込を記載して下さい。複数の診療室を運用する場合には、診療室②、③の行に記入して下さい。***

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 事業開始月 | 令和 | | 年 | | 月 | 事業終了月 | 令和 | | 年 | | | 月 |

| 項目 | 内　　容 | | | | | | | | | | | | | 金　額（円） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 診療室① | １日想定稼働時間数 | | 時間 | 稼働日数 | | 日 | １日想定受診者数 | | 人 | 基準額 | 13447 | 円 | | 0 |
| 診療室② | １日想定稼働時間数 | | 時間 | 稼働日数 | | 日 | １日想定受診者数 | | 人 | 基準額 | 13447 | 円 | | 0 |
| 診療室③ | １日想定稼働時間数 | | 時間 | 稼働日数 | | 日 | １日想定受診者数 | | 人 | 基準額 | 13447 | 円 | | 0 |
| 合　計（a） | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 上限額 | 1日1室当たり最大 | 20 | 人 | 基準額 | 13447 | 円 | 稼働日数 | 0 | 日 | (b) | | | | 0 |
| 上記支出に対する本補助金以外の寄付金やその他の収入（診療報酬収入は除く）があれば、収入額を記載して下さい（c） | | | | | | | | | | | | | | |
| （a）-（c）=(d) | | | | | | | | | | | | | | 0 |

| | | |
|---|---|---|
| **補助申請額(a)と(b)と(d)を比較して少ない方の額** | **0** | **円** |

**自院のかかりつけ患者及び自院に相談のあった患者である発熱患者等のみを受け入れる場合は↓に入力**

| 項目 | 内　　容 | | | | | | | | | | | | | 金　額（円） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 診療室① | １日想定稼働時間数 | | 時間 | 稼働日数 | | 日 | １日想定受診者数 | | 人 | 基準額 | 13447 | 円 | | 0 |
| 診療室② | １日想定稼働時間数 | | 時間 | 稼働日数 | | 日 | １日想定受診者数 | | 人 | 基準額 | 13447 | 円 | | 0 |
| 診療室③ | １日想定稼働時間数 | | 時間 | 稼働日数 | | 日 | １日想定受診者数 | | 人 | 基準額 | 13447 | 円 | | 0 |
| 合　計（a') | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 上限額 | 1日1室当たり最大 | 5 | 人 | 基準額 | 13447 | 円 | 稼働日数 | 0 | 日 | (b') | | | | 0 |
| 上記支出に対する本補助金以外の寄付金やその他の収入（診療報酬収入は除く）があれば、収入額を記載して下さい（c') | | | | | | | | | | | | | | |
| （a'）-（c'）=(d') | | | | | | | | | | | | | | 0 |

| | | |
|---|---|---|
| **補助申請額(a')と(b')と(d')を比較して少ない方の額** | **0** | **円** |

第３号様式

番号
令和〇年〇月〇日

厚生労働大臣　殿

補助事業者名

令和2年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金
（インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業）
実績報告の提出について

標記について、次のとおり関係書類を添えて報告する。

１．国庫補助精算額　　金0円

２．精算額調書(事業実績書)　　（別紙）

３．添付書類

当該事業に係る収入支出決算書の抄本（当該補助事業の決算額を備考欄等に記入すること。）

第３号様式（別紙）

# インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業
# 精算額調書（事業実績書）

## Ⅰ．基本情報

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| １．報告年月日 | 令和 | | 年 | | 月 | | 日 |
| ２．医療機関の名称 | | | | | | | |
| ３．保険医療機関番号 | | | | | | | |
| ４．医療機関の住所 | 〒 | | | | | | |
| ５．医療機関の電話番号 | | | | | | | |
| ６．担当者の所属及び氏名 | 所属 | | | 氏名 | | | |
| ７．担当者のＥメールアドレス | | | | | | | |
| ８．都道府県の診療･検査医療機関(仮称)の指定 | 指定日 | 令和 | | 年 | | 月 | 日 |
| | 指定解除日 | 令和 | | 年 | | 月 | 日 |
| ９．自院のかかりつけ患者及び自院に相談のあった患者である発熱患者等のみを受け入れる｢診療･検査医療機関(仮称)｣の指定を受けた場合 | | | | | | | |

## Ⅱ．補助金の振込先

| | | | |
|---|---|---|---|
| 金融機関名 | | 支店名 | |
| 金融機関コード | | 支店コード | |
| 口座名義 | | フリガナ | |
| 口座種別 | | 口座番号 | |



## Ⅲ．事業実績（明細書）

***※本事業実施期間の延稼働時間数、延受診者数を記載して下さい。複数の診療室を運用する場合には、診療室②、③の行に記入して下さい。***

| 事業開始月 | 令和 | | 年 | | 月 | 事業終了月 | 令和 | | 年 | | 月 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 項目 | 内　　容 | 金　額（円） |
|---|---|---|
| 診療室①　稼働日数　　日 | 延稼働時間数総数　　時間　延受診者数総数　　人　基準額　13447　円 | 0 |
| 診療室②　稼働日数　　日 | 延稼働時間数総数　　時間　延受診者数総数　　人　基準額　13447　円 | 0 |
| 診療室③　稼働日数　　日 | 延稼働時間数総数　　時間　延受診者数総数　　人　基準額　13447　円 | 0 |
| | ***※延受診者数総数を積み上げる際には、１日当たり上限人数を超えない範囲で計上すること*** | |
| （実際に発熱患者等専用の診察室で診療を行った発熱患者等の受診患者数が０人の月の場合） | | |
| 診療室①　稼働日数　　日 | 延稼働時間数総数　　時間　延受診者数総数　　人　基準額　13447　円 | 0 |
| 診療室②　稼働日数　　日 | 延稼働時間数総数　　時間　延受診者数総数　　人　基準額　13447　円 | 0 |
| 合　計（a） | | 0 |
| 上限額 | 1日1室当たり最大　20 人　基準額　13447　円　稼働日数　0 日　(b) | 0 |
| 上記支出に対する本補助金以外の寄付金やその他の収入（診療報酬収入は除く）があれば、収入額を記載して下さい（c） | | |
| （a）-（c）=(d) | | 0 |
| **精算額(a)と(b)と(d)を比較して少ない方の額** | **0　円** | |

**自院のかかりつけ患者及び自院に相談のあった患者である発熱患者等のみを受け入れる場合は↓に入力**

| 項目 | 内　　容 | 金　額（円） |
|---|---|---|
| 診療室①　稼働日数　　日 | 延稼働時間数総数　　時間　延受診者数総数　　人　基準額　13447　円 | 0 |
| 診療室②　稼働日数　　日 | 延稼働時間数総数　　時間　延受診者数総数　　人　基準額　13447　円 | 0 |
| 診療室③　稼働日数　　日 | 延稼働時間数総数　　時間　延受診者数総数　　人　基準額　13447　円 | 0 |
| | ***※延受診者数総数を積み上げる際には、１日当たり上限人数を超えない範囲で計上すること*** | |
| （実際に発熱患者等専用の診察室で診療を行った発熱患者等の受診患者数が０人の月の場合） | | |
| 診療室①　稼働日数　　日 | 延稼働時間数総数　　時間　延受診者数総数　　人　基準額　13447　円 | 0 |
| 診療室②　稼働日数　　日 | 延稼働時間数総数　　時間　延受診者数総数　　人　基準額　13447　円 | 0 |
| 合　計（a') | | 0 |
| 上限額 | 1日1室当たり最大　5 人　基準額　13447　円　稼働日数　0 日　(b') | 0 |
| 上記支出に対する本補助金以外の寄付金やその他の収入（診療報酬収入は除く）があれば、収入額を記載して下さい（c') | | |
| （a'）-（c'）=(d') | | 0 |
| **精算額(a')と(b')と(d')を比較して少ない方の額** | **0　円** | |

第４号様式

番号
令和〇年〇月〇日

厚生労働大臣　殿

補助事業者名
代表者氏名

令和２年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金（インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業）精算交付申請書

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請する。

１．国庫補助申請額　　金0円

２．精算交付申請書（事業計画書及び事業実績書）　　（別紙）

３．都道府県から「診療・検査医療機関（仮称）」の指定を受けたことを証する書類（都道府県の指定通知書等）の写し

4．当該事業に係る収入支出決算書の抄本（当該補助事業の決算額を備考欄等に記入すること。）

第４号様式（別紙）

# インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業
# 精算交付調書（事業計画書及び事業実績書）

## Ⅰ．基本情報

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| １．申請年月日 | 令和 | | 年 | | 月 | | 日 |
| ２．医療機関の名称 | | | | | | | |
| ３．保険医療機関番号 | | | | | | | |
| ４．医療機関の住所 | 〒 | | | | | | |
| ５．医療機関の電話番号 | | | | | | | |
| ６．担当者の所属及び氏名 | 所属 | | | 氏名 | | | |
| ７．担当者のＥメールアドレス | | | | | | | |
| ８．都道府県の診療･検査医療機関(仮称)の指定 | 指定日 | 令和 | | 年 | | 月 | 日 |
| | 指定解除日 | 令和 | | 年 | | 月 | 日 |
| ９．自院のかかりつけ患者及び自院に相談のあった患者である発熱患者等のみを受け入れる｢診療･検査医療機関(仮称)｣の指定を受けた場合 | | | | | | | |

## Ⅱ．補助金の振込先

| | | | |
|---|---|---|---|
| 金融機関名 | | 支店名 | |
| 金融機関コード | | 支店コード | |
| 口座名義 | | フリガナ | |
| 口座種別 | | 口座番号 | |



## Ⅲ．事業計画書及び事業実績（明細書）

***※本事業実施期間の延稼働時間数、延受診者数を記載して下さい。複数の診療室を運用する場合には、診療室②、③の行に記入して下さい。***

| 事業開始月 | 令和 | | 年 | | 月 | 事業終了月 | 令和 | | 年 | | 月 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 項目 | 内　　容 | 金　額（円） |
|---|---|---|
| 診療室①　稼働日数　　日 | 延稼働時間数総数　　時間　延受診者数総数　　人　基準額　13447　円 | 0 |
| 診療室②　稼働日数　　日 | 延稼働時間数総数　　時間　延受診者数総数　　人　基準額　13447　円 | 0 |
| 診療室③　稼働日数　　日 | 延稼働時間数総数　　時間　延受診者数総数　　人　基準額　13447　円 | 0 |
| | ***※延受診者数総数を積み上げる際には、１日当たり上限人数を超えない範囲で計上すること*** | |
| （実際に発熱患者等専用の診察室で診療を行った発熱患者等の受診患者数が０人の月の場合） | | |
| 診療室①　稼働日数　　日 | 延稼働時間数総数　　時間　延受診者数総数　　人　基準額　13447　円 | 0 |
| 診療室②　稼働日数　　日 | 延稼働時間数総数　　時間　延受診者数総数　　人　基準額　13447　円 | 0 |
| 合　計（a） | | 0 |
| 上限額 | 1日1室当たり最大　20 人　基準額　13447　円　稼働日数　0 日　(b) | 0 |
| 上記支出に対する本補助金以外の寄付金やその他の収入（診療報酬収入は除く）があれば、収入額を記載して下さい（c） | | |
| （a）-（c）=(d) | | 0 |
| **精算額(a)と(b)と(d)を比較して少ない方の額** | **0　円** | |

**自院のかかりつけ患者及び自院に相談のあった患者である発熱患者等のみを受け入れる場合は↓に入力**

| 項目 | 内　　容 | 金　額（円） |
|---|---|---|
| 診療室①　稼働日数　　日 | 延稼働時間数総数　　時間　延受診者数総数　　人　基準額　13447　円 | 0 |
| 診療室②　稼働日数　　日 | 延稼働時間数総数　　時間　延受診者数総数　　人　基準額　13447　円 | 0 |
| 診療室③　稼働日数　　日 | 延稼働時間数総数　　時間　延受診者数総数　　人　基準額　13447　円 | 0 |
| | ***※延受診者数総数を積み上げる際には、１日当たり上限人数を超えない範囲で計上すること*** | |
| （実際に発熱患者等専用の診察室で診療を行った発熱患者等の受診患者数が０人の月の場合） | | |
| 診療室①　稼働日数　　日 | 延稼働時間数総数　　時間　延受診者数総数　　人　基準額　13447　円 | 0 |
| 診療室②　稼働日数　　日 | 延稼働時間数総数　　時間　延受診者数総数　　人　基準額　13447　円 | 0 |
| 合　計（a'） | | 0 |
| 上限額 | 1日1室当たり最大　5 人　基準額　13447　円　稼働日数　0 日　(b') | 0 |
| 上記支出に対する本補助金以外の寄付金やその他の収入（診療報酬収入は除く）があれば、収入額を記載して下さい（c') | | |
| （a'）-（c'）=(d') | | 0 |
| **精算額(a')と(b')と(d')を比較して少ない方の額** | **0　円** | |