

文書の記号・番号があれば入力してください。  
なければ空欄にしてください。

福岡県知事 殿

所在地 福岡県〇〇市××1丁目2-3  
事業者名 医療法人〇〇会 △△病院  
代表者氏名 理事長 福岡 太郎  
(署名又は記名押印)

法人の場合、必ず法人名と医療機関名の両方を入力してください。

「記名押印」の押印は、法人は「代表者印」、個人は「印鑑登録を行った印」を押印してください。

令和5年度福岡県新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関等設備整備事業費補助金交付申請書

このことについて、福岡県新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関等設備整備事業費補助金交付要綱第6条の規定に基づき、下記により補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

記

- 1 申請額 金 95,000円
- 2 経費所要額調書 (別紙(1)のとおり)
- 3 設備整備事業所要額内訳 (別紙(2)のとおり)
- 4 事業計画書 (別紙(3)のとおり)
- 5 添付書類
  - (1) 誓約書
  - (2) 歳入歳出予算書抄本
  - (3) 見積書等の写し
  - (4) その他参考となる書類
- 6 支払先口座情報(通帳の写しを添付 (2)から(7)を確認できる部分)

項目	記入欄
(1) 債権者番号(6から始まる8桁の番号)※	12345678
(2) 銀行・支店名(全角漢字仮名)	〇〇銀行・□□支店
(3) 銀行・支店コード番号※	1234・567
(4) 口座種別(当座・普通の別)	普通
(5) 口座番号(半角英数字)	5555555
(6) 口座名義人(全角漢字仮名)	医療法人 〇〇会
(7) 口座名義人(半角カナ)	イヨウホウジン 〇〇カイ

※(1)債権者番号(3)銀行・支店コード番号は分かる範囲で記入。

0の場合でも、空欄にせず「0」と入力してください。

経費所要額調書

説明が必要な場合は備考に入力してください。

1 所要額内訳

区分	総事業費 (A)	寄付金その他の収入額 (B)	差引額 ((A)-(B)) (C)	対象経費の実支出額 (D)	基準額 (E)	選定額 ((D), (E) いずれか少ない額) (F)	補助基本額 ((C), (F) いずれか少ない額) (G)	補助所要額 ((G)×補助率) ※千円未満切り捨て (H)	既交付決定額 (I)	差引過不足額 ((H)-(I)) (J)	備考
	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
個人防護具	95,242	0	95,242	107,368	3,715,200	107,368	95,242				
合計	95,242	0	95,242	107,368	3,715,200	107,368	95,242	95,000	0	95,000	

注 1 設備整備事業所要額内訳及び事業計画書については、別紙(2)及び(3)のと

要入力。未入力の場合、申請額が「0円」となります。

0の場合でも、空欄にせず「0」と入力してください。

注 2 (H)欄は千円未満切り捨て

設備整備事業所要額内訳

1 補助上限額

(単位:円)

区分	基準額 (A)	基本情報		補助上限額 (C)=(A)×(B)
		今回申請 (B)	過去の補助金による導入実績	
個人防護具	3,600 × 員数	コロナ患者入院(予定)数 ① 患者1人あたり対応スタッフ数 ②	別紙のとおり 別紙のとおり	3,715,200
				許可 病床数
				30
				受入可能 病床数
				9

厚生労働省に届けている、自院の許可病床数を記載してください。  
※コロナ患者用の病床数ではありません。

①令和5年9月30日までに本補助金の申請をした医療機関は最後に申請した「コロナ患者の入院受入れに係る回答票」に記載した病床数、  
②令和5年8月31日現在で確保病床を県から依頼されていた医療機関は、同日に県から指定を受けていたフェーズ5における確保病床数、  
③それ以外の医療機関については「コロナ患者の入院受入れに係る回答票」の問3-①に回答した病床数です。  
①及び②に該当する場合は、①の病床数となります。

2 申請設備内訳

(単位:円)

区分	番号	申請設備 (商品名・規格)	単価	数量 (台,個,双)	金額	小計
個人防護具		個人防護具の別紙参照 別シート「個人防護具 別紙」に記載してください。				95,242
<b>総事業費</b>						<b>95,242</b>

※行が不足する場合は、適宜追加すること。



様式第3号 別紙(2)「2 申請設備内訳 個人防護具」詳細

(令和5年〇月1日～〇月30日)

※色のついたセルのみ入力してください。

①員数及び上限額

(医療機関名: 医療法人〇〇会 △△病院)

		日付		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	上限額(円)
		員数	コロナ患者受入(予定)数(員数) (G-MIS上の「入院中の新型コロナウイルス感染症患者数」と一致)	5	5	5	4	4	5	5	4	4	3	3	2	2	2	0																		
コロナ患者1人当たりの対応スタッフ数(員数)	6		6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	0																		84	

②コロナ入院患者対応のため使用した個人防護具

番号	区分	納品日 (同一商品名・規格で 同一単価の場合は、 纏めて1行で記載のこ と。)	商品名・規格	単価(円) (枚、個、双 (税込み))	日付																															計	金額(円) (単価×計)
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
1	マスク	R5.10.1,R5.11.1,R5.11.15,R5.11.15	サージカルマスクA・DEF123	11.00	15	15	15	12	12	15	15	12	12	12	6	6	6	0																		165.00	1815.00
2	マスク	R5.10.25	サージカルマスクB・DEF123	12.00	15	15	15	12	12	15	15	12	12	6	6	6	6	6	0																	153.00	1836.00
3	グローブ	R5.10.15	プラスチックグローブC・GH456	15.30	30	30	30	24	24	30	30	24	24	18	18	12	12	12	0																	318.00	4865.40
4	ガウン	R5.10.1,R5.11.1,R11.1.5	アイソレーションガウンA・12345	40.00	16	16	16	14	14	16	16	14	14	7	7	7	7	7	0																	171.00	6840.00
5	ガウン	R5.10.1,R5.11.1,R11.1.5	アイソレーションガウンB・12345	39.60	14	14	14	10	10	14	14	10	10	11	11	5	5	5	0																	147.00	5821.20
6	キャップ	R5.10.15	プラスチックキャップB・678910	7.70	30	30	30	24	24	30	30	24	24	18	18	12	12	12	0																	318.00	2448.60
7	フェイスシールド	R5.10.5	フェイスシールドC・12345	88.70	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	96.00	8515.20	
																																				0.00	0.00
																																				0.00	0.00
																	合計	1368.00	<b>32,141.40</b>																		

段階 I 以上でない日は補助対象外であるため、入力しないでください。

③員数を超える使用状況の確認

個人防護具毎の日別の計	マスク	ゴーグル	ガウン	グローブ	キャップ	フェイスシールド	日付																															小計	防護具の計
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
	マスク						30	30	30	24	24	30	30	24	24	18	18	12	12	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	318	1368.00		
	ゴーグル						0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
	ガウン						0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	318			
	グローブ						0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	318			
	キャップ						0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	318			
	フェイスシールド						0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	96		(上記と一致)	
員数の判定	マスク		0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	員数を超えた個人防護具の有無 有。別紙(3)へ理由を要記載 員数上限を超えた防護具の有無 無			
	ゴーグル		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
	ガウン	上限を超えた申請	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
	グローブ		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
	キャップ		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0		
	フェイスシールド		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0		
計		0																																					

「有」の場合は、員数を超えた理由を「事業計画書」へ記載のこと。申請内容より、補助対象外となる場合があります。本補助金は、コロナ入院患者への対応に実際に使用した個人防護具が対象となります。

5050補助上限を超過。申請不可。の場合は、補助上限を超えていますので、再度補助要件を確認してください。

<注意点>  
○段階 I 以上の日に使用した個人防護服が補助対象です。段階 I 以上でない日は、入力しないようにお願いします。段階 I 以上の日はホームページに掲載します。  
○「員数を超えた個人防護具の有無」欄が「有」の場合は、その必要性を別紙(3)に記入してください。

## 事業計画書

事業者名：医療法人〇〇会 △△病院

区分	番号	実施時期	内 容
個人防護具	1~ 8	<p>○知事が指定する期間のうち、個人防護具を実際に使用する期間を記入します。「個人防護具（別紙）」に入力した期間と同一期間です。 ※納品日ではありません。</p> <p>○納品日は令和5年10月1日から令和6年3月31日の間であれば、知事が指定する期間内の納品分かどうかは補助要件ではありません。</p>	
		令和5年 ○月16日～ □月15日	<p>新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、段階I以上として知事が指定した期間にコロナ陽性患者の入院対応に使用する個人防護具。</p> <p>対応するスタッフがマスク、グローブ、ガウン、キャップ、フェイスシールドをそれぞれ1セットずつ使用する。</p>

# 誓 約 書

令和〇年〇月〇日

福岡県知事 殿

所 在 地 福岡県〇〇市×××1丁目2-3

事 業 者 名 医療法人〇〇会 △△病院

代 表 者 名 理事長 福岡 太郎

福岡県新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関等設備整備事業費補助金の交付申請に当たり、申請者及び申請者の全役員は下記のことを誓約します。

この誓約の内容と事実が反することが判明した場合は、当該事実に関して福岡県が行う一切の措置に対して異議の申立てを行いません。

また、福岡県新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関等設備整備事業費補助金の交付決定後にこの誓約の内容と事実が反することが判明し、交付決定の全部又は一部が取り消された場合には、福岡県に対し、当該補助金の全部又は一部を返還します。

なお、この誓約書の内容について、福岡県が福岡県警察本部に照会することを承諾します。

## 記

- 1 申請者は、暴力団による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号。以下「法」という。)第2条第2号に規定する暴力団ではありません。
- 2 申請者は、法第2条第6号に規定する暴力団員が役員等になっている団体ではありません。
- 3 申請者は、暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者が役員等になっている団体ではありません。
- 4 申請者及び申請者の役員等は、次に掲げる暴力団又は暴力団員と密接な関係を有する団体ではありません。
  - (1) 暴力団員が事業主又は役員に就任している団体
  - (2) 暴力団員が実質的に運営している団体
  - (3) 暴力団員であることを知りながら、その者を雇用し、又は使用している団体
  - (4) 契約の相手方が暴力団員であることを知りながら、その者と商取引に係る契約を締結している団体
  - (5) 暴力団又は暴力団員に対して経済上の利益又は便宜を供与している団体
  - (6) 暴力団又は暴力団員と社会的に非難される関係を有している団体
- 5 申請者が実施する事業(事業の準備を含む。)により暴力団を利することとならないようにするとともに、県が実施する暴力団の排除に関する施策に協力します。
- 6 上記のほか、関係法令を遵守するとともに、暴力団の排除を推進し、県民の安全で平穏な生活の確保及び福岡県における社会経済活動の健全な発展に寄与します。

役員一覧

役職名	(ふりがな) 氏名	性別	住所 (都道府県名)	生年月日
理事長	(ふくおか たろう) 福岡 太郎	男・女	福岡県	明・大・昭・平 42年6月18日
副理事長	( ) 〇〇 〇〇	法人の場合、理事長、理事、 監事の方について記載してく ださい。		昭・平 月 日

※ 役員全員を記載すること。

役職名	(ふりがな) 氏名	性別	住所 (都道府県名)	生年月日
理事	(ふくおか はなこ) 福岡 花子	男・女	福岡県	明・大・昭・平 39年9月10日
理事	( ) 〇〇 〇〇	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
理事	( ) 〇〇 〇〇	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
理事	( ) 〇〇 〇〇	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
監事	(ふくおか じろう) 福岡 次郎	男・女	福岡県	明・大・昭・平 3年7月13日
監事	( ) 〇〇 〇〇	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平 年 月 日

※ 役員全員を記載すること。

## 歳入歳出予算書抄本

事業者名 医療法人〇〇会 △△病院  
 事業名 令和5年度福岡県新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関等設備整備事業費補助金

(歳入)	
費 目	金 額
自 己 資 金	242
県 補 助 金	95,000
そ の 他	0
合 計	95,242

県補助額は、対象経費から千円未満を切り捨てた金額です。  
 千円未満の経費は、自己資金による負担となります。  
 対象経費 - 県補助額 (千円未満切捨)  
 = 自己資金額

0の場合でも、空欄にせず「0」と入力してください。

(歳出)		
費 目	金 額	備 考
設備整備事業費	95,242	
合 計	95,242	

この抄本は、原本と相違ないことを証明する。

令和〇年〇月〇日

所 在 地 福岡県〇〇市×××1丁目2-3

事 業 者 名 医療法人〇〇会 △△病院

代 表 者 氏 名 理事長 福岡 太郎