

第〇〇〇号
令和〇年〇月〇日

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

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。

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実績報告書

令和〇年〇月〇日付け5疾病第1号で交付決定を受け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9条の規定に基づき、下記のとおり報告します。

記

- 1 補助金精算額 金 5,500,000円
- 2 経費所要額精算書 (別紙(1)のとおり)
- 3 設備整備事業精算額内訳 (別紙(2)のとおり)
- 4 事業実績報告書 (別紙(3)のとおり)
- 5 添付資料
 - (1) 歳入歳出決算(見込)書抄本
 - (2) 支出証拠書類の写し
 - (3) その他参考書類

0の場合でも、空欄にせず「0」と入力してください。

経費所要額精算書

説明が必要な場合は備考に入力ください。

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)	交付決定額 (I)	確定額 (J)	受入済額 (K)	差引過不足額 ((H)-(I)) (J)	備考
	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
初度設備	0	0	0	0	0	0	0						
人工呼吸器 及び付帯する備品	0	0	0	0	0	0	0						
簡易陰圧装置	5,500,000	0	5,500,000	5,500,000	12,960,000	5,500,000	5,500,000						
簡易ベッド	0	0	0	0	0	0	0						
体外式膜型人工肺及び 付帯する備品	0	0	0	0	0	0	0						
簡易病室及び付帯する 備品	0	0	0	0	0	0	0						
HEPAフィルター付き 空気清浄機	0	0	0	0	0	0	0						
HEPAフィルター付き パーテーション	0	0	0	0	0	0	0						
合 計	5,500,000	0	5,500,000	5,500,000	12,960,000	5,500,000	5,500,000	5,500,000	5,500,000	5,500,000	0	0	

0の場合でも、空欄にせず「0」と入力してください。

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)のとおり。

注 2 (H)欄は千円未満切り捨て

設備整備事業精算額内訳

厚生労働省に届け出ている許可病床数を記載してください。

1 補助上限額

(単位:円)

区分	基準額 (A)	基本情報	基本情報		補助上限額 (C)=(A)×(B)	許可 病床数
			申請 (B)	過去の補助金による導入実績		
初度設備	133,000 /床	新たに確保した病床数	0	0	0	
人工呼吸器及び付帯する備品	5,000,000 /台	申請台数	0	0	0	
簡易陰圧装置	4,320,000 /台	申請台数	3	0	12,960,000	
簡易ベッド	51,400 /台	申請台数	0	0	0	30
体外式膜型人工肺及び付帯する備品	21,000,000 /台	申請台数	0	0	0	
簡易病室及び付帯する備品	実費相当額					受入可能 病床数
HEPAフィルター付き空気清浄機	905,000 /台	申請台数	0	0	-	
HEPAフィルター付きパーテーション	205,000 /台	申請台数	0	0	0	9

原則、申請時の病床数となります。

申請の時点から受入病床数の変動がある場合は、変更後の病床数を記載してください。その場合は、回答票を再度ご提出をお願いします。

病床の変動により、受入病床数が減少した場合、交付を受けている設備の台数が受入病床を上回った時は、該当部分が補助対象外となります。ご留意をお願いします。

2 導入設備内訳

(単位:円)

区分	番号	導入設備 (商品名・規格)	単価	数量 (台、個、双)	金額	小計
初度設備						
人工呼吸器 及び付帯する備品						
簡易陰圧装置	1	簡易陰圧装置 (D・987987)	2,500,000	1	2,500,000	5,500,000
	2	簡易陰圧ユニット (E・876876)	1,500,000	2	3,000,000	
簡易ベッド						
体外式膜型人工肺及び付帯する備品						
簡易病室及び付帯する備品						
HEPAフィルター付き空気清浄機						
HEPAフィルター付きパーテーション						
総事業費					5,500,000	

・単価が異なる場合には分けて記載。

※行が不足する場合は、適宜追加すること。

事業実績報告書

事業者名：医療法人〇〇会 △△病院

区分	番号	事業完了日	申請内容	導入効果
初度設備			令和6年3月31日までに納品(竣工)できることが、本事業の補助対象です。 「事業完了日」であるので、必ず日付を入力	
人工呼吸器 及び付帯する備品				
簡易陰圧装置	1	R5年〇月〇日	受入病床(A~C号室)を陰圧化するために、整備する。 現状、陰圧化する設備を所有しておらず、第〇波では受入病床(A~C号室)を起点に、院内感染が発生することとなり、感染リスクの観点から受入病床で十分な医療提供が行えていないことから、今回整備を行う。	受入病床(A~C号室)を陰圧化するため整備した。 病室が陰圧化されたことにより、一般患者や職員等への感染リスクが軽減され、適切な医療提供体制を整備できている。
	2	R5年〇月〇日		
簡易ベッド				
体外式膜型人工肺及び付帯する備品				
簡易病室及び付帯する備品				
HEPAフィルター付き空気清浄機				
HEPAフィルター付きパーテーション				

※行が不足する場合は、適宜追加すること。

歳入歳出決算（見込）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	0
県補助金	5,500,000
その他	0
合計	5,500,000

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	5,500,000	
合計	5,500,000	

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

取得財産等管理表

補助事業名： 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

区分	財産名	管理番号	所有者	設置場所 (保管場所)	製造者	取得年月日	規格	単価	金額	耐用年数	補助率	備考
(イ)	簡易陰圧装置 (D・987987)	〇〇-1	医療法人〇〇会 △△病院	受入病床(A号室)	〇×社	R5年〇月〇日	876876	2,500,000	2,500,000	8年	100.0%	
(イ)	簡易陰圧装置 (D・987987)	〇〇-2	医療法人〇〇会 △△病院	受入病床(B号室)	〇×社	R5年〇月〇日	876876	2,500,000	2,500,000	8年	100.0%	
(イ)	簡易陰圧ユニット (E・876876)	〇〇-3	医療法人〇〇会 △△病院	受入病床(C号室)	〇×社	R5年〇月〇日	987987	1,500,000	1,500,000	8年	100.0%	

管理番号は1台ずつ付与してください。

- (注) 1. 対象となる取得財産等は、取得価格又は効用の増加価格が30万円以上の財産とする。
- 2. 財産名の区分は、(ア)事務用備品、(イ)事業用備品、(ウ)書籍、資料、図書類、(エ)無体財産権(産業財産権等)、(オ)その他の物件(不動産及びその従物)とする。
- 3. 同一規格であっても、1台ずつ記載し、管理番号を付与すること。
- 4. 取得年月日は、検収年月日とする。