

記載例

様式第5号

令和●年●月●日

愛知県知事 殿

住 所 **名古屋市中区三の丸三丁目1-2**
医療機関名 **医療法人なごや**
代表者職・氏名 **理事長 ○○ ●●**

交付申請書と表記を
統一してください。

行政手続きの押印廃止に伴い
押印は必要ありません。

令和3年度愛知県回復患者転院受入医療機関応援金事業実績報告書

令和●年●月●日付け**3医務第●●●**号で交付決定のあった令和3年度愛知県回復患者転院受入医療機関応援金については、下記のとおり使用しましたので、当該交付要綱第10条の規定に基づき、報告します。

実際に支払った金額（内訳の合計）を記載してください。記載例では、交付決定額が480,000円の場合を記載しています。（実績報告で交付決定額を上回っても補助金額は480,000円となります。）

記

金**488,195**円

【添付資料】

- 手当支給単価とその要件が分かる資料（規程、内規等の写し）
- 対象者の給与明細等、手当支給を証明する資料
- 手当支給の積算根拠資料（職員氏名、職種、支給単価、従事日数等が記載されていること）

（内訳）

| 用途 | 金額 |
|--|----------|
| 新型コロナウイルスに感染した患者又はその疑いのある患者に対応した医療従事者に対して支払う手当（危険手当）医師 5～6月支給分（31人×5,000円/日） | 155,000円 |
| 転院を受け入れた患者に対応した医療従事者に対して支払う手当（特殊勤務手当）看護師 5～6月支給分（53人×3,000円/日） | 159,000円 |
| 転院を受け入れた患者に対応した医療従事者に対して支払う手当（特殊勤務手当）准看護師 5～6月支給分（17人×2,000円/日） | 34,000円 |
| 防疫資材（マスク、ゴーグル、ガウン） | 79,695円 |
| 消毒資材（アルコール製剤、塩化ベンザルコニウム） | 60,500円 |
| 合計 | 488,195円 |

【添付資料】

納品書及び領収書の写し等

※本書の提出にあたっては、用途の根拠となる新型コロナウイルス感染症から回復した患者を担当した職員の給与明細、当該患者のために購入した物品の納品書・請求書の写し等、上記用途を証明するための書類を添付すること。

報告方法について不明点がある場合は、県担当者にご相談ください。

補助対象経費（手当分）計算書

**(3) 手当支給の
積算根拠資料
添付書類例**

1 支給単価及び要件

| 番号 | 単価 | | 要件 |
|----------|-----------|---------------|----------------------------|
| | 単位 | 金額 | |
| 1 | 日額 | ¥5,000 | 転院を受け入れた患者に対応した医師 |
| 2 | 日額 | ¥3,000 | 転院を受け入れた患者に対応した看護師 |
| 3 | 日額 | ¥2,000 | 転院を受け入れた患者に対応した准看護師 |
| | | | |

2 支給実績

| 番号 | 単価① | 延べ人数②* | 支給額①×② |
|----------|--------|------------|-----------------|
| 1 | ¥5,000 | 31人 | ¥155,000 |
| 2 | ¥3,000 | 53人 | ¥159,000 |
| 3 | ¥2,000 | 17人 | ¥34,000 |
| | ¥0 | | ¥0 |
| 合計支給額 | | | ¥348,000 |
| うち補助対象経費 | | | ¥348,000 |

*延べ人数は参考様式②の各単価従事日（月）数の総合計と一致

※上記内容が確認できる資料があれば、本様式の作成は不要とします。

※必要に応じ、改変して使用してください。

新型コロナウイルス感染症回復患者等対応手当支給実績内訳書

**(3) 手当支給の
積算根拠資料
添付書類例**

| 支給月 | | 令和3年5月（令和3年4月分） | | | | |
|-------|------|-----------------|---------------|---------------|---------|----|
| 職員名 | 職種 | 従事日数* | | | 支給額 | 備考 |
| | | 単価1 ¥5,000 | 単価2 ¥3,000 | 単価3 ¥2,000 | | |
| 〇〇 〇〇 | 医師 | 2 | | | ¥10,000 | |
| 〇〇 〇〇 | 医師 | 1 | | | ¥5,000 | |
| 〇〇 〇〇 | 看護師 | | 3 | | ¥9,000 | |
| 〇〇 〇〇 | 看護師 | | 3 | | ¥9,000 | |
| 〇〇 〇〇 | 看護師 | | 2 | | ¥6,000 | |
| 〇〇 〇〇 | 看護師 | | 1 | | ¥3,000 | |
| 〇〇 〇〇 | 准看護師 | | | 2 | ¥4,000 | |
| 〇〇 〇〇 | 准看護師 | | | 1 | ¥2,000 | |
| 合計 | | 3 | 9 | 3 | ¥48,000 | |

- *支給日（月）数の単価は参考様式①の1支給単価の番号と一致させてください。
- *適宜行を追加して作成してください。
- *上記内容が確認できる資料があれば、本様式の作成は不要とします。
- *必要に応じ、改変して使用してください。

| 支給月 | | 令和3年6月（令和3年5月分） | | | | |
|-------|------|-----------------|---------------|---------------|----------|----|
| 職員名 | 職種 | 従事日（月）数* | | | 支給額 | 備考 |
| | | 単価1 ¥5,000 | 単価2 ¥3,000 | 単価3 ¥2,000 | | |
| 〇〇 〇〇 | 医師 | 10 | | | ¥50,000 | |
| 〇〇 〇〇 | 医師 | 9 | | | ¥45,000 | |
| 〇〇 〇〇 | 医師 | 9 | | | ¥45,000 | |
| 〇〇 〇〇 | 看護師 | | 11 | | ¥33,000 | |
| 〇〇 〇〇 | 看護師 | | 10 | | ¥30,000 | |
| 〇〇 〇〇 | 看護師 | | 9 | | ¥27,000 | |
| 〇〇 〇〇 | 看護師 | | 8 | | ¥24,000 | |
| 〇〇 〇〇 | 看護師 | | 6 | | ¥18,000 | |
| 〇〇 〇〇 | 准看護師 | | | 6 | ¥12,000 | |
| 〇〇 〇〇 | 准看護師 | | | 5 | ¥10,000 | |
| 〇〇 〇〇 | 准看護師 | | | 3 | ¥6,000 | |
| 合計 | | 28 | 44 | 14 | ¥300,000 | |

- *支給日（月）数の単価は参考様式①の1支給単価の番号と一致させてください。
- *適宜行を追加して作成してください。
- *上記内容が確認できる資料があれば、本様式の作成は不要とします。
- *必要に応じ、改変して使用してください。

従事日（月）数総合計

| 従事日（月）数* | | |
|----------|--------|--------|
| 単価1 | 単価2 | 単価3 |
| ¥5,000 | ¥3,000 | ¥2,000 |
| 31 | 53 | 17 |

参考様式①「2 支給実績」の
延べ人数②と一致

手当内訳書

**(3) 手当支給の
積算根拠資料
添付書類例**

給与明細上の手当名： 特殊勤務手当

| 支給月 | | 令和3年5月（令和3年4月分） | | |
|-------|---------|-----------------|---------|---------|
| 職員名 | 回復患者対応 | 夜間診療手当 | 休日診療手当 | 合計 |
| 〇〇 〇〇 | ¥10,000 | ¥20,000 | ¥0 | ¥30,000 |
| 〇〇 〇〇 | ¥5,000 | ¥0 | ¥0 | ¥5,000 |
| 〇〇 〇〇 | ¥9,000 | ¥0 | ¥10,000 | ¥19,000 |
| 〇〇 〇〇 | ¥9,000 | ¥20,000 | ¥0 | ¥29,000 |
| 〇〇 〇〇 | ¥6,000 | ¥0 | ¥0 | ¥6,000 |
| 〇〇 〇〇 | ¥3,000 | ¥10,000 | ¥5,000 | ¥18,000 |
| 〇〇 〇〇 | ¥4,000 | ¥0 | ¥0 | ¥4,000 |
| 〇〇 〇〇 | ¥2,000 | ¥0 | ¥0 | ¥2,000 |

| 支給月 | | 令和3年6月（令和3年5月分） | | |
|-------|---------|-----------------|---------|---------|
| 職員名 | 回復患者対応 | 夜間診療手当 | 休日診療手当 | 合計 |
| 〇〇 〇〇 | ¥50,000 | ¥10,000 | ¥0 | ¥60,000 |
| 〇〇 〇〇 | ¥45,000 | ¥0 | ¥0 | ¥45,000 |
| 〇〇 〇〇 | ¥45,000 | ¥0 | ¥10,000 | ¥55,000 |
| 〇〇 〇〇 | ¥33,000 | ¥20,000 | ¥0 | ¥53,000 |
| 〇〇 〇〇 | ¥30,000 | ¥0 | ¥0 | ¥30,000 |
| 〇〇 〇〇 | ¥27,000 | ¥10,000 | ¥5,000 | ¥42,000 |
| 〇〇 〇〇 | ¥24,000 | ¥0 | ¥0 | ¥24,000 |
| 〇〇 〇〇 | ¥18,000 | ¥0 | ¥0 | ¥18,000 |
| 〇〇 〇〇 | ¥12,000 | ¥10,000 | ¥0 | ¥22,000 |
| 〇〇 〇〇 | ¥10,000 | ¥0 | ¥5,000 | ¥15,000 |
| 〇〇 〇〇 | ¥6,000 | ¥0 | ¥5,000 | ¥11,000 |

- * 「回復患者対応」欄は応援金で支給した金額（参考様式②の支給額）と一致させてください。
- * 「合計」欄は給与明細に記載されている手当額と一致させてください。
- * 適宜行を追加して作成してください。
- * 上記内容が確認できる資料があれば、本様式の作成は不要とします。
- * 必要に応じ、改変して使用してください。