

重要

必ず最後までお読みください

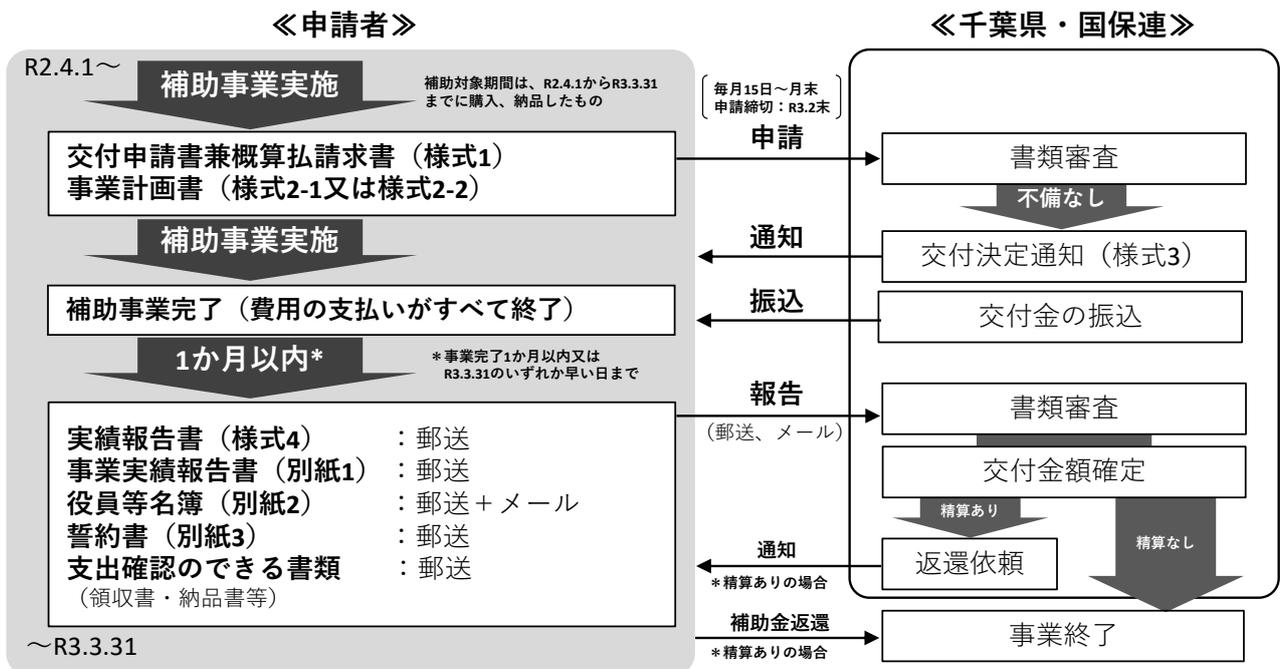
「千葉県医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」

## 実績報告書作成の手引き

令和2年9月9日  
千葉県

本事業の支援金は、感染拡大防止対策を速やかに進めていただくために交付するものです。よって、交付決定された費用について、口座に振込みされたことを確認した後は、速やかに物品の購入等（支払）を行い、感染防止対策を進めるようお願いします。また、物品の購入等（費用の支払）終了後は、速やかに実績報告書等の提出をお願いします。

### 1. 支援事業の流れ



《令和3年度以降》

- (1) 国の会計検査の対象となりますので、令和8年3月末まで補助金関係書類を保管してください。
- (2) 仕入控除税額報告書（様式5）を提出してください。
- (3) 単価30万円以上の器械、器具等を財産処分する場合は、知事承認を受ける必要があります。

## 2. 実績報告について（様式・送付先等）

補助対象となる物品の購入等（費用の支払）が全て終了後、実績報告書等の提出が必要です。

### （1）提出するもの

No.	書類 ※1	提出方法	
①	実績報告書（様式4）	郵送	
②	事業実績報告書（別紙1）	郵送	
③	役員等名簿（別紙2）	郵送 (押印が必要)	メール (押印は不要)
④	誓約書（別紙3）	郵送 (押印が必要)	
⑤	支出確認のできる書類 ※2 (領収書 + 納品書の写し)	郵送	

両方での提出が必要です

※1 報告に必要な様式は、以下の県ホームページからダウンロードしてください。

医療機関・ダウンロード先 URL
病院、医科診療所、助産所 <a href="http://www.pref.chiba.lg.jp/iryuu/chiikiiryuu/iryuuhoujin/kansenkakudaiboushi.html">http://www.pref.chiba.lg.jp/iryuu/chiikiiryuu/iryuuhoujin/kansenkakudaiboushi.html</a>
歯科診療所 <a href="http://www.pref.chiba.lg.jp/kenzu/corona/shikairyoukikan.html">http://www.pref.chiba.lg.jp/kenzu/corona/shikairyoukikan.html</a>
薬局 <a href="http://www.pref.chiba.lg.jp/yakumu/covid-19/r2_shienkin.html">http://www.pref.chiba.lg.jp/yakumu/covid-19/r2_shienkin.html</a>
訪問看護ステーション <a href="http://www.pref.chiba.lg.jp/koufuku/kaigojigyousha/coronairyousien.html">http://www.pref.chiba.lg.jp/koufuku/kaigojigyousha/coronairyousien.html</a>

※2 「⑤支出確認のできる書類」について

- 領収書、納品書の両方が必要です。
- 領収書、納品書は以下の内容が全て確認できるものであることが必要です。

・ 購入者名（医療機関名）	・ 請求者名（販売店名等）
・ 納品（購入）物品名	・ 金額
・ 納品（支払）日	

- 領収書及び納品書の記載内容が、支援金の対象外のものと一緒になっている場合は、**支援金の対象分を確認できるように○で囲んでください。**
- 提出時は、科目ごとに領収書及び納品書を A4 用紙に収まるようにコピーし、余白に 10 桁の「医療機関等コード」と「医療機関名」を記載してください。（剥がれたり、紛失するおそれがあるため、領収書の原本をセロテープやホチキスで貼り付けること不可とします。）

## (2) 提出期限

補助対象となる物品の購入等（費用の支払）が全て終了後、1か月以内に提出  
（ただし、令和3年3月中に事業を終了した場合は、令和3年3月末までに提出）

## (3) 提出先

メールでの提出書類

### 【送付先アドレス】

**iryo\_shien@koufukin-chiba.com**

↑ハイフン「-」ではなく、アンダーバー「\_」です。

### 【提出するもの】

③役員等名簿

**注意** ③はメール・郵送の両方での提出が必要です

### 【提出に当たっての注意事項】

- ・ メールで提出するのは、「③役員等名簿（別紙2）」のみです。（役員等名簿以外の書類はメールで送付しないでください。）
- ・ 電子メールを提出する際は、件名及びファイル名を以下のとおりとしてください。  
メール件名：「10桁の医療機関等コード\_医療機関名」（例：1210000000\_〇〇）  
ファイル名：「10桁の医療機関等コード\_医療機関名.xlsx」（例：1210000000\_〇〇.xlsx）

郵送での提出書類

### 【郵送先住所】

**〒277-8775**

**千葉県柏市旭町1丁目12番2号エレル柏ビル 5F**

**千葉県医療分感染拡大防止等支援金係 宛**

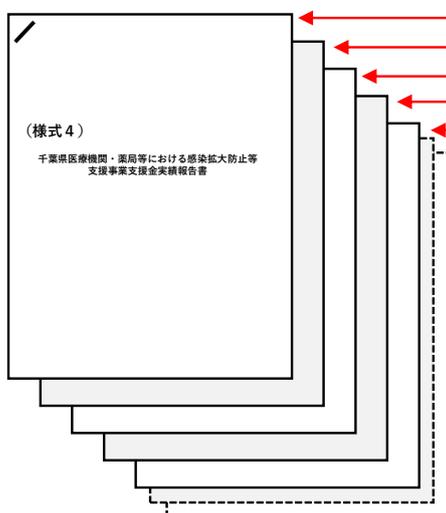
※封筒オモテ面に「支援金（医療分）実績報告書在中」と朱書してください。

### 【提出するもの】

①実績報告書、②事業実績報告書、③役員等名簿

④誓約書、⑤支出確認のできる書類（領収書及び納品書の写し）

### 【提出に当たっての注意事項】



- ① 実績報告書（様式4）
- ② 事業実績報告書（別紙1）
- ③ 役員等名簿（別紙2）※代表者印を押印
- ④ 誓約書（別紙3）※代表者印を押印
- ⑤ 支出確認のできる書類（領収書及び納品書の写し）

全てA4サイズで作成し、①～⑤の順にA4・タテで並べ、左上をホチキスで綴じてください。

### 3. 留意事項

- ・ 令和 2 年 4 月 1 日以降に納品があった物品の購入費等は、交付決定前のものでも支援金の対象となりますが、実績報告書類の提出は必須です。
- ・ 領収書及び納品書、または支出内容（物品名、金額等）が確認できる証拠書類が提出できない場合は、支援金の対象とはなりません。（支援金を返還いただきます）
- ・ 予定より安価に購入が完了した場合や、購入予定の一部を取り止めた場合など、申請額と比較して実績額が少ない場合は、実績報告書の提出後に超過額を返還いただきます。
- ・ 支援金で購入した単価 30 万円以上の備品や設備等を、譲渡、貸付、廃棄等する場合、耐用年数が経過するまでは県の承認が必要です。無断で処分等を行った場合、支援金の返還等が発生することもあるのでご注意ください。
- ・ 本事業終了後 5 年間は、国の会計検査の対象となります。以下の関係書類については、各医療機関等において、令和 8 年 3 月 31 日まで保管して下さい。

- ① 県に対して申請・実績報告を行った書類の写し
- ② 支払証拠書類（領収書、納品書等）の原本
- ③ 本事業に関し、県から送付した通知等（押印があるもの）の原本 等

#### 【お問合せ先】

千葉県慰労金支援金総合窓口

電話 0570-080-035（平日 9 時～17 時）

## 4. 記載例ほか

### ①実績報告書（様式4）

様式4

必ず記載してください。

令和 2 年 ○ 月 ○ 日

千葉県知事 様

所在地 千葉市中央区市場町◎-▲-◇  
施設名 医療法人社団 ●●会 ○○クリニック  
代表者名 理事長 千葉 太郎

交付申請時に提出した「交付申請書兼概算払請求書」（様式1）と同様の記載と  
してください。

※法人が開設した施設の場合には、法人  
名、施設名、代表者の職名・氏名を記載し  
てください。

ける感染拡大防止等支援事業支援金  
績報告書

千葉県医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業交付要綱第8条の規定に基づき、  
関係書類を添え報告します。

「事業実績報告書」（別紙1）の「精算額」の  
金額を記載してください。

1 精算額 金 \_\_\_\_\_ 円

2 精算額の内訳 別紙1「事業実績報告書」のとおり

3 添付書類

- (1) 役員等名簿（別紙2）
- (2) 誓約書（別紙3）
- (3) 支出確認のできる書類（例：領収書の写し、納品書の写し、契約書の写し等）

※支出内容（物品名、金額等）が具体的に確認できるものであること

## ②事業実績報告書（別紙1）

該当するものを○で囲んで下さい。

別紙1 千葉県医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業の実績報告書	
医療機関等コード（10桁）	1210000000 <small>事業実施計画に記載した10桁を記載して下さい。</small>
施設名称	医療法人社団 ●●会 ○○クリニック
所在地	千葉市中央区市場町◎-▲-◇
電話番号	○○○-○○○-○○○○○ (部署名：総務課 担当者名：千葉花子)
施設	病院、 <u>医科診療所</u> 、歯科診療所、訪問看護ステーション、助産所

交付申請時に提出した「交付申請書兼概算払請求書」（様式1）と同様の記載としてください。

個人経営で部署が存在しない場合は、代表者の方の役職・氏名を記載して下さい。

1,000,000円

支援金の支出済額の内訳等を記載してください。

科目	支出額	用途・目的（簡潔に記載）	
賃金・報酬	円		
謝金	感染予防対策研修会	15,000円	
	その他	円	
会議費	円		
旅費	25,000円	感染拡大防止研修開催のための講師旅費	
	個人防護具（PPE）	13,000円	感染防止のための防護服の購入
	消毒液	5,000円	手指消毒用エタノール等の購入

交付申請時に提出した「交付申請書兼概算払請求書」（様式1）の「補助上限額」欄と同じ金額を記載してください。

当該物品を購入（整備）した理由を簡潔に記載してください。

「用途・目的が明記されていない」「用途・目的が本支援金の趣旨（＝感染拡大防止対策）に合致しない」など、記載内容に不備がある場合は、補助金の対象外と判断され、対象経費を返還していただく可能性があります。

		80,000円	感染防止のための受付エリアの導線区分け工事
		10,000円	感染防止のためのクリアパネル購入
		20,000円	感染防止のためのグローブ等の購入
		円	
		円	
		円	
委託料	清掃委託	60,000円	院内の消毒作業委託
	洗濯委託	円	
	その他	円	
使用料及び賃借料		30,000円	紫外線滅菌装置のレンタル
備品購入費	医療用機械	700,000円	感染拡大防止のためのポータブル医療機器の購入
	HEPAフィルター付き空気清浄機	円	
	通信機器	150,000円	遠隔診療のためのパソコン等購入
	その他備品購入	30,000円	感染防止のためのサーマルカメラ購入 施設内換気のための換気扇、サーキュレーターの購入

② 合計支出額

1,143,000円

収入

③ 収入額  
(上記支出に対する本支援金以外の寄付金・その他の収入)

0円

④

合計支出額－収入額 (②－③)

1,143,000円

⑤

支援金概算交付済額

1,000,000円

⑥

支援金交付確定額 (④※)

1,000,000円

**精算額 (⑤－⑥)**

県から通知のあった交付決定金額（＝口座に振り込まれた金額）を記載してください。

含まれていない場合は必ず○を記載してください。

この金額が県への返還額となります。  
(0円の場合は返還なし)

上記、「賃金・報酬」に、従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は含まれていない。  
(含まれていない場合は、右枠に○を記入)

<注意>  
従前から勤務して  
を行う者に係る人  
件費は含まれてい  
ない。

※返還手続き方法は県から別途連絡します。

③役員等名簿（別紙2）

役員等名簿										別紙2	
番号	商号又は名称（半カナ）	商号又は名称（漢字）	氏名（半カナ）	氏名（漢字）	生年月日			性別 (M・F)	住所	職名	
					元号 MTSH	年	月				日
1	イリヨホカダゾンヤクサン●●カイ	医療法人社団●●会	チハカカヲ	千葉 太郎	S	40	1	16	M	千葉県千葉市中央区市場町1-1	理事長
2	イリヨホカダゾンヤクサン●●カイ	医療法人社団●●会	イチハラ ハナコ	市原 花子	S	51	10	5	F	東京都新宿区西新宿2-8-1	副理事長
3	イリヨホカダゾンヤクサン●●カイ	医療法人社団●●会	カシノ カズオ	習志野 一男	H	1	6	27	M	神奈川県横浜市中区日本大通1	理事
4	イリヨホカダゾンヤクサン●●カイ	医療法人社団●●会	チヨジロウ	八千代 二郎	T	14	5	1	M	埼玉県さいたま市浦和区高砂3-15-1	監事
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
20											

・半角カタカナで入力  
・途中にスペースは入力しない

・全角文字で入力  
・途中にスペースは入力しない  
・(株)などに略さない

・半角カタカナで入力  
・性と名の間は半角

・全角文字で入力  
・性と名の間は全角  
・スペースを1つ入力

・半角アルファベット  
・大文字で入力  
・大正:T、昭和:S、平成:H

・半角数字で入力

・半角アルファベット  
・大文字で入力  
・男:M、女:F

・全角文字で入力  
・都道府県から入力  
・1番1号 ⇒ 1-1(ハイフンでつなぐ)  
2丁目3番4号 ⇒ 2-3-4  
5番3 ⇒ 5-3

現在における（私・当法人（団体）の役員等名簿に相違ありません。  
令和2年○月○日  
どちらかに○をしてください。  
必ず記載してください。

住所（法人その他の団体にあつては主たる事務所の所在地）  
千葉市中央区市場町◎-▲-◇

氏名（法人その他の団体にあつては名称及び代表者の氏名）  
医療法人社団 ●●会  
理事長 千葉太郎 ◎  
(医療機関コード：0000000)

法人が開設した施設の場合には、必ず法人名、代表者の職名・氏名を記入し、代表者印を押してください。  
個人が開設者の場合は、施設名と個人名を記入し、個人の印鑑を押印してください。

押印してください。  
※メールで提出する分については、電子ファイルの提出となるため押印は不要です

7桁の医療機関コードを記載してください。

役員等名簿には、交付を受けようとする事業を行う者が  
・個人である場合は本人を記載すること。  
・法人その他の団体である場合は、その役員等（業務を執行する社員、理事、監事若しくはこれらに準ずる者、相談役、顧問その他の実質的に当該団体の経営に参与している者又は当該団体の業務に係る契約を締結する権限を有する者をいう。）を記載すること。  
ただし、当該団体の業務に係る契約を締結する権限を有する者については、本支店の申請に関する権限又は交付事業の執行に関する契約を締結する権限を委任されている者を除き省略することができる。

④誓約書（別紙3）

別紙3

誓 約 書

必ず記載してください。

令和2年〇月〇日

法人が開設した施設の場合には、必ず法人名、代表者の職名・氏名を記入し、代表者印を押してください。

個人が開設者の場合は、施設名と個人名を記入し、個人の印鑑を押印してください。

（法人その他の団体にあつては主たる事務所の所在地）

千葉市中央区市場町◎-▲-◇

氏 名

（法人その他の団体にあつては名称及び代表者の氏名）

医療法人社団 ●●会

理事長 千葉 太郎

押印してください。

代表者印

印

（医療機関コード：0000000）

支援金の交付を申請した事業を行（法人その他の団体にあつては、その役員等（業務を執行する））が千葉県医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業交付要綱第2条第2項各号のいずれにも該当せず、将来においても当該各号のいずれにも該当しないことを誓約します。

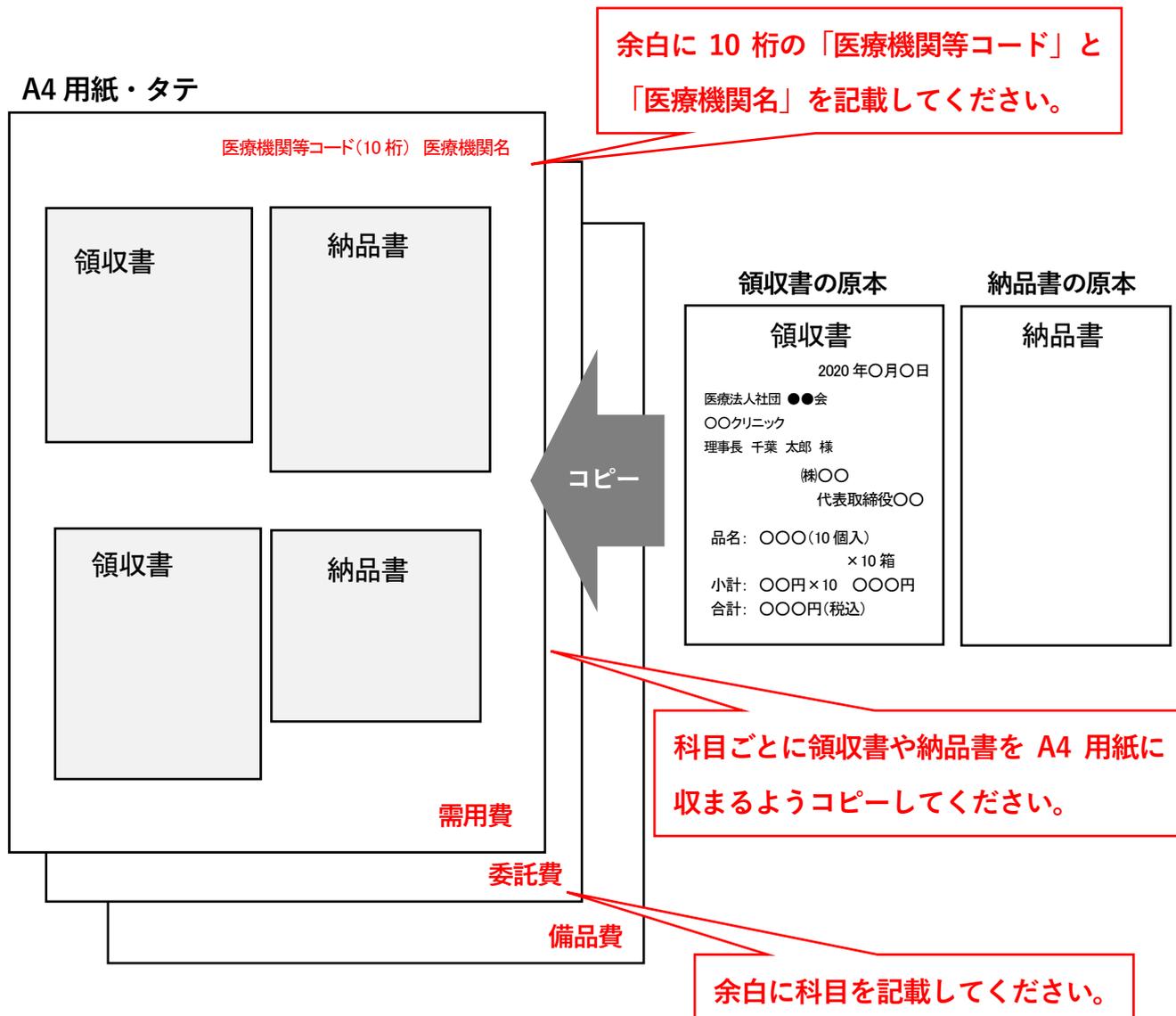
7桁の医療機関コードを記載してください。

また、支援金等の交付を受けるに当たり、上記内容に該当しないことを確認するため、千葉県が千葉県警察本部に照会することについて承諾します。

なお、誓約した内容と事実が相違することが判明した場合には、支援金の交付を受けられないこと又は支援金の交付の決定の全部若しくは一部を取り消されることになっても異議はありません。

また、これにより生じた損害については、当方が一切の責任を負うものとします。

## ⑤ 「支出確認のできる書類」の提出方法



## ★注意★

- ・ 領収書、納品書の両方が必要です。
- ・ 領収書、納品書は以下の内容が全て確認できるものであることが必要です。

・ 購入者名 (医療機関名)	・ 請求者名 (販売店名等)
・ 納品 (購入) 物品名	・ 金額
・ 納品 (支払) 日	

- ・ 領収書及び納品書の記載内容が、支援金の対象外のものと一緒になっている場合は、支援金の対象分を確認できるように○で囲んでください。
- ・ 提出時は、科目ごとに領収書及び納品書をA4用紙に収まるようにコピーし、余白に10桁の「医療機関等コード」と「医療機関名」を記載してください。(剥がれたり、紛失するおそれがあるため、領収書の原本をセロテープやホチキスで貼り付けること不可とします。)