「医療機関・薬局等における

感染拡大防止等支援事業」

事業実績報告マニュアル

～医療機関等用～

※ 領収書等の添付を求めず、事業実績報告書に

事業実績の詳細の入力を求める場合

Ver 1.0 2020.09.28

目次

1．事業実績報告とは ・・・3

 （１） 事業実績報告書等の提出期限・提出方法等 ・・・3

2．事業実績報告書等の作成 ・・・3

 （１） 事業実績報告書等の様式の入手 ・・・3

（２） 事業実績報告書等の様式の入力 　　　　・・・4

１） 作成が必要な様式 ・・・4

２） 「様式５　所要額精算書」の入力　　　　　 ・・・4

３） 「様式４　事業実績報告書」の確認、入力　　　　　　　 ・・・7

　3）-① 「様式４　事業実績報告書」の確認 ・・・7

3）-②　「様式４　事業実績報告書」の入力　　　　　　　 ・・・7

４） 「様式6　事業実績明細書」の確認、入力 ・・・8

 ４）-① 「様式6　事業実績明細書」の確認 ・・・8

４）-② 「様式6　事業実績明細書」の入力 ・・・8

3．事業実績報告書等の提出 ・・・9

１．事業実績報告とは

概算額で補助金を申請し、補助金の交付を受けた場合、提出期限までに、都道府県に対して、所定の様式（※）を用い、事業実績報告を行っていただく必要があります。

※　都道府県により様式が異なる可能性がありますので、補助金の交付決定を行った都道府県所定の様式を使用し、実績報告を行うようお願いします（他の様式で実績報告を行った場合、再提出等が必要になる場合がありますので、ご留意ください）。

（１）事業実績報告書等の提出期限・提出方法等

【提出期限】

支出実績が補助金額を超えた場合、または「最終提出期限：令和３年２月末日」（※一部例外あり）まで（必着）に事業実施報告書等を提出する必要があります。

【提出先及び提出方法】

沖縄県保健医療部医療政策課まで、封筒の表面に「緊急包括支援交付金 感染拡大防止等支援事業　事業実績報告書等在中」と朱書きの上、郵送でご提出ください。

〒900-8570

沖縄県那覇市泉崎1-2-2　行政棟4階（南側）

沖縄県保健医療部医療政策課

【提出書類】

①事業実績報告書（様式４）**※代表者印を押印すること。**

②所要額精算書（様式５）

③事業実績明細書（様式６）

２.　事業実績報告書等の作成

(1) 事業実績報告書等の様式の入手

〇　エクセルファイルの事業実績報告書等の様式は、以下のホームページからダウンロードしてください。

沖縄県ホームページ：https://www.pref.okinawa.lg.jp/site/hoken/iryoseisaku/kikaku/kikaku/kansenkakudaiboushi.html

(2) 事業実績報告書等の様式の入力

1)　作成が必要な様式

以下の３つの書類の作成が必要になります。

①「様式４ 事業実績報告書」

②「様式５ 所要額精算書」

③「様式６ 事業実績明細書」

2) 「様式５ 所要額精算書」の入力

　②「様式５ 所要額精算書」シート内の水色のセルが各医療機関等に入力いただく「必須項目」です。「必須項目」に入力漏れがあると、適切な実績報告を行ったことにならず、再提出等が必要になる場合がありますので、漏れなく入力するようお願いします。

　②「様式５ 所要額精算書」シートの「必須項目」を入力いただくと、①「様式４ 事業実績報告書」の交付決定通知書の日付及び文書番号以外の項目と③「様式６ 事業実績明細書」の「医療機関等コード」及び「施設名称」が自動的に転記されます。

***※　手書きの場合は、自動で転記されません*。**

【必須項目】

①

1. 報告日

②

③

1. 医療機関等コード

⑥

⑦

④

⑤

1. 施設名称
2. 管理者職名

⑧

1. 管理者氏名
2. 連絡先
3. 所在地

⑨

1. 他の補助事業に関する確認
2. 支出済額

⑩

⑪

1. 収入額

⑬

⑫

1. 補助金交付決定額

⑭

1. 補助金交付確定額（自動転記）
2. 不用額（自動転記）
3. 支出に関する確認

【① 報告日】

記入を完了して、実績報告書等を提出する日を入力してください。

ここで入力した日付が、「様式４ 事業実績報告書」の報告日に自動転記されます※ので、ご留意ください。

***※　手書きの場合は、自動で転記されません*。**



【② 医療機関等コード】

都道府県番号２桁、点数表番号１桁、郡市区番号２桁、医療機関等番号４桁、検証番号１桁の算用数字を組み合わせた計10桁の医療機関等コードを入力してください。助産所コードを有さない助産所は「９９９９９９９９９９」を入力してください。

なお、申請時と医療機関等コードが変わっている場合は、申請時の医療機関等コードを入力して下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　**医療機関等コード（10桁）** | 1 | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |

都道府県

番号

点数表

番号

郡市区

番号

検証

番号

医療機関等

番号

（参考）　別紙　都道府県番号一覧及び点数表番号一覧

【③ 施設名称】

施設名称を入力してください。



【④ 管理者職名】・【⑤ 管理者氏名】

　管理者の職名及び氏名を入力してください。ここで入力された管理者の情報が「様式４ 事業実績報告書」の代表者として自動転記されます※ので、ご留意ください。

***※　手書きの場合は、自動で転記されません*。**



【⑥ 連絡先】

報告内容に疑義や不備等があった場合に、確認させていただく際の連絡先をご入力ください。



【⑦ 所在地】

実績報告を行う医療機関等の所在地を入力してください。



【⑧ 他の補助事業に関する確認】

「新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業」の支援金と重複して、本事業の補助金を受けることはできません。



【⑨ 支出済額】/【⑩ 収入額】/【⑪ 補助金交付決定額】/【⑫ 補助金交付確定額】/【⑬ 精算額】

対象期間（令和２年４月１日から令和３年３月31日）に、支出した各対象科目の費用の額を、ご入力ください。

【⑨ 支出済額】

　対象期間に支出した各対象科目の費用について、ご記載ください。**対象となる支出について、報告漏れのないようご留意ください。**



支出合計額が補助交付申請額を超えても差し支えありません。（都道府県の審査において、一部補助対象と認められなかった場合なども考慮してください）

【⑩ 収入額】

上記の費用に対して、本補助金以外の寄付金やその他の収入がある場合はその金額を、ない場合は「0」円をご入力下さい。

【⑫ 補助金交付確定額】

自動計算※されます。

【⑪ 補助金交付決定額】

必ず交付決定通知書に記載のある額と同じ額を入力して下さい。交付決定通知書と異なる額を入力された場合、再提出等が必要になる場合があります。

【⑬ 精算額】

自動計算※されます。精算額が「0」でない場合は、精算（補助金の返還）が必要となります。**対象となる支出について、報告漏れのないようご留意ください。**

***※　手書きの場合は、自動で計算されませんので、計算結果をご記載ください。***

各対象科目に該当する費用については、例えば、以下のようなものが考えられますが、あくまで例であり、感染拡大防止対策に要する費用に限られず、院内等での感染拡大を防ぎながら地域で求められる医療を提供するための診療体制確保等に要する費用について、幅広く補助の対象経費となります。

ただし、「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」は対象外です。

・賃金・報酬；感染防止対策を実施する者を新規に雇用した際の賃金　等

・謝金；感染拡大防止の勉強会を実施するための講師謝金　等

・会議費；感染拡大防止の勉強会のための会場費　等

・旅費；感染拡大防止研修のための医師派遣にかかる旅費　等

・需用費；消耗品（マスクや消毒用アルコール等）費　等

・役務費；職員の感染に係る保険料　等

・委託料；施設内の清掃委託、洗濯委託、消毒委託、検査委託、感染性廃棄物処理委託、レイアウト変更のための委託費用　等

・使用料及び賃借料；寝具リース料　等

・備品購入費；HEPAフィルター付き空気清浄機の購入費　等

【⑭ 支出に関する確認】

⑨ 支出済額の「賃金・報酬」に、本事業の対象とはならない「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」が含まれていないことの確認です。含まれている場合は、「賃金・報酬」の支出済額から差し引いた上で、「はい」を選択してください。



3)　「様式４　事業実績報告書」の確認、入力

3)-①　「様式４　事業実績報告書」の確認

「様式5　所要額精算書」のシートの「必須項目」に入力いただくと、「様式4 事業実績報告書」の以下の項目が自動で転記されます※ので、内容に間違いがないか確認してください。

***※　手書きの場合は、自動で転記されませんので、「様式5　所要額精算書」と同じ内容をご記載ください。***

【確認項目】

報告日

* 報告日

宛名

交付決定通知書に記載された日付及び文書番号を入力して下さい。

* 宛名（医療機関等の所在地の都道府県知事）

所在地/施設名/代表者名

* 所在地/施設名/代表者名

3)-② 「様式４　事業実績報告書」の入力

　交付決定通知書の日付及び文書番号を確認し、事業実績報告書に入力してください。

4)　「様式６ 事業実績明細書」の確認、入力

4)-①　「様式６ 事業実績明細書」の確認

　「様式5　所要額精算書」のシートの「必須項目」に入力いただくと、「様式６ 事業実績明細書」の「医療機関等コード」及び「施設名称」が自動で転記されます※ので、内容に間違いがないか確認してください。

***※　手書きの場合は、自動で転記されませんので、「様式5　所要額精算書」と同じ内容を直接ご記載ください。***



4)-②　「様式６ 事業実績明細書」の入力

　〇収入について

本事業の実施にかかる「本補助金以外の寄付金・その他の収入の有無」について、プルダウンで選択して下さい。「あり」を選択した場合は、「内容」と「金額」をご入力ください。収入の合計額欄は自動で計算されます。

自動計算された額が「様式5　所要額精算書」の収入額と異なる場合は、赤字で「※」「※　所要額精算書の額と異なります。」と注意書きが表示されます※ので、収入額を確認し、「様式5　所要額精算書」の収入額と「様式6　事業実績明細書」の入力内容のいずれかもしくは両方を修正してください。



　〇支出について

　　「科目」について、プルダウンで選択し、「内容」、「数量」、「単位」「単価」、「納入年月日」、「支払年月日」を入力してください。「金額」は「数量」と「単価」から自動計算されます。また、「支出済額」については、科目ごと及び合計の「支出済額」が自動計算されます。自動計算された「支出済額」が「様式5　所要額精算書」の科目ごとの「支出済額」の額と異なる場合は、赤字で「※」「※　所要額精算書の額と異なります。」と注意書きが表示されます※ので、支出額を確認し「様式5　所要額精算書」の支出済額と「様式6　事業実績明細書」の入力内容のいずれかもしくは両方を修正してください。

***※　手書きの場合は、注意書きが表示されませんので、ご自身で額が一致しているかご確認ください。***



額が一致しない科目

支出内容を確認のうえ、いずれかもしくは両方を修正してください。

不一致

（様式5　所要額精算書　事業実施実績記載欄）

３. 事業実績報告書等の提出

　事業実績報告書等の作成が完了したら、提出先である沖縄県保健医療部医療政策課宛に、封筒の表面に「緊急包括支援交付金 感染拡大防止等支援事業　事業実績報告書等在中」

と朱書きの上、最終提出期限：令和３年２月末日（※一部例外あり）までに郵送（必着）でご提出ください。





　　緊急包括支援交付金

感染拡大防止等支援事業

事業実績報告書等

在中

別紙

医療機関等コード；都道府県番号一覧

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 都道府県 | コード | 都道府県 | コード | 都道府県 | コード |
| 北海道 | 01 | 石川県 | 17 | 岡山県 | 33 |
| 青森県 | 02 | 福井県 | 18 | 広島県 | 34 |
| 岩手県 | 03 | 山梨県 | 19 | 山口県 | 35 |
| 宮城県 | 04 | 長野県 | 20 | 徳島県 | 36 |
| 秋田県 | 05 | 岐阜県 | 21 | 香川県 | 37 |
| 山形県 | 06 | 静岡県 | 22 | 愛媛県 | 38 |
| 福島県 | 07 | 愛知県 | 23 | 高知県 | 39 |
| 茨城県 | 08 | 三重県 | 24 | 福岡県 | 40 |
| 栃木県 | 09 | 滋賀県 | 25 | 佐賀県 | 41 |
| 群馬県 | 10 | 京都府 | 26 | 長崎県 | 42 |
| 埼玉県 | 11 | 大阪府 | 27 | 熊本県 | 43 |
| 千葉県 | 12 | 兵庫県 | 28 | 大分県 | 44 |
| 東京都 | 13 | 奈良県 | 29 | 宮崎県 | 45 |
| 神奈川県 | 14 | 和歌山県 | 30 | 鹿児島県 | 46 |
| 新潟県 | 15 | 鳥取県 | 31 | 沖縄県 | 47 |
| 富山県 | 16 | 島根県 | 32 |  |  |

医療機関等コード；点数表番号一覧

|  |  |
| --- | --- |
| 点数表 | コード |
| 助産所 | 0 |
| 医科 | １ |
| 歯科 | ３ |
| 調剤 | ４ |
| 訪問看護 | ６ |