

「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」

事業実績報告マニュアル

(佐賀県版)

～医療機関等用～

Ver 1.0 2021.1.22

<お問合せ先>

佐賀県慰労金・支援金コールセンター

電話番号 0952-41-2300 / FAX 番号 0952-41-2301

(受付時間) 1月～3月 平日の9:00～18:00

詳細は県ホームページをご確認ください。

県ホームページ：<https://www.pref.saga.lg.jp/kiji00376620/index.html>

「佐賀県新型コロナウイルス感染症対応医療提供体制強化緊急支援金
のお知らせ」

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	・・・ 4
(1) 事業実績報告書等の様式の入手	・・・ 4
(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) 「様式第4号-3別紙 所要額精算書」の入力	・・・ 4
3) 「様式第4号-3 事業実績報告書」の確認、入力	・・・ 7
3) -① 「様式第4号-3 事業実績報告書」の確認	・・・ 7
3) -② 「様式第4号-3 事業実績報告書」の入力	・・・ 8
4) 「様式第4号-3別紙 事業実績明細書」の確認、入力	・・・ 8
4) -① 「様式第4号-3別紙 事業実績明細書」の確認	・・・ 8
4) -② 「様式第4号-3別紙 事業実績明細書」の入力	・・・ 9
3. 事業実績報告書等の提出	・・・ 11

1. 事業実績報告とは

「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」に基づく支援金（補助金）の交付を受けた場合、提出期限までに、所定の様式を用いて事業実績報告を行っていただく必要があります。

（1）事業実績報告書等の提出期限・提出方法等

【提出期限】

補助事業が完了したとき（廃止したときを含む。）から30日後、又は、令和3年3月31日のいずれか早い日まで（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】

〒840-0816
佐賀市駅南本町 5-1 日進佐賀ビル 4 階
佐賀県慰労金・支援金コールセンター

【提出方法】

封筒の表面に「緊急包括支援交付金 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。

【提出書類】

- ① 事業実績報告書（様式第4号－3）
- ② 所要額精算書（様式第4号－3別紙）
- ③ 事業実績明細書（様式第4号－3別紙）

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

- 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。

佐賀県ホームページ：

<https://www.pref.saga.lg.jp/kiji00376620/index.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 「様式第4号-3 事業実績報告書」
- ② 「様式第4号-3別紙 所要額精算書」
- ③ 「様式第4号-3別紙 事業実績明細書」

※なお、入力作業は②「様式第4号-3別紙 所要額精算書」から始めるとスムーズに行うことができます。

2) 「様式第4号-3別紙 所要額精算書」の入力

②「様式第4号-3別紙 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いたします。

②「様式第4号-3別紙 所要額精算書」シートの「必須項目」を入力いただくと、①「様式第4号-3 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「様式第4号-3別紙 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。

■ 必須項目

【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、「様式第4号-3 事業実績報告書」の報告日に自動転記されます*ので、ご注意ください。**※手書きの場合は、自動で転記されません。**

報告日	令和3年3月1日
-----	----------

【② 医療機関等コード】

都道府県番号2桁（佐賀県は41）、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。

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)	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	都道府県 番号		点数表 番号	郡市区 番号		医療機関等 番号				検証 番号

※点数表番号はP13の別紙をご確認ください。

※下7桁（郡都市番号・医療機関等番号・検証番号）は、九州厚生局（佐賀事務所）ホームページの医療機関番号と同じです。

（URL https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/gyomu/hoken_kikan/index.html）

【③ 施設名称】

施設名称を入力してください。

施設名称	医療法人社団〇〇〇 △△△病院
------	-----------------

【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「様式第4号-3 事業実績報告書」の代表者として自動転記されます*ので、ご注意ください。

※手書きの場合は、自動で転記されません。

※管理者の職名・氏名は、支援金を申請する際に申請書（様式第1号-3別紙 事業実施計画書）に記載した管理者の職名・氏名と同じであることをご確認ください。

※管理者の職名・氏名が支援金の申請時から変更になった場合は、変更日と変更後の管理者氏名がわかる資料を添付してください。

管理者職名	病院長	管理者氏名	〇〇〇〇
-------	-----	-------	------

【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。担当部署がない場合は、事務など職名で構いませんのでご入力ください。

連絡先	担当部署	担当者氏名	連絡先電話番号	連絡先メールアドレス
	〇〇部	〇〇〇〇	03-xxxx-xxxx	〇〇〇〇@〇〇.〇〇

【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。

所在地	郵便番号							都道府県	市区町村以降
	1	2	3	-	4	5	6	7	東京都

【⑧ 他の補助事業に関する確認】

「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」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。

「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」の支援金の申請をしておらず、申請する予定もない	はい
--	----

【⑨ 支出済額】 / 【⑩ 収入額】 / 【⑪ 補助金交付決定額】 / 【⑫ 補助金交付決定額】 / 【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。

科目	支出済額 (円)
資金・報酬	2,000,000
謝金	400,000
会議費	500,000
旅費	135,500
需用費	4,500,000
役員費	1,500,000
委託料	1,500,000
使用料及び賃借料	3,000,000
備品購入費	4,000,000
②_支出合計額	17,535,500
収入	③_上記支出に対する主補助金以外の寄付金・その他の収入
	0
④_支出合計額-収入額 (円) (②-③)	17,535,500
⑤_補助金交付決定額 (円) (1000円未満切捨)	17,000,000
⑥_補助金交付決定額 (円) (④と⑤のいずれか小さい1000円未満切捨)	17,000,000
精算額 (円) (⑤-⑥) (1000円未満切捨)	0

【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注意ください。**

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 補助金交付決定額】
自動計算されます。

【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注意ください。**

【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。

※手書きの場合は、自動で転記されません。

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。

※申請時に提出いただいた事業実施計画書と内訳が変わっていても問題ありません。

- ・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。

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	はい
--	----

3) 「様式第4号-3 事業実績報告書」の確認、入力

① 「様式第4号-3 事業実績報告書」の確認

「様式第4号-3別紙 所要額精算書」のシートの「必須項目」に入力いただくと、「様式第4号-3 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、「様式第4号-3別紙 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
- ・ 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
- ・ 精算額

様式4

報告日
令和2年8月14日

宛名
東京都知事 殿

所在地/施設名/代表者名
東京都中央区日本橋
医療法人社団〇〇〇 病院
病院長

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業）の事業実績報告書

令和〇〇年〇〇月〇〇日付け、至〇〇〇〇月〇〇日をもって交付決定を受けて標記補助金に係る事業実績について、次の関係書類を添えて報告する。

1 精算額 金 0円 精算額

2 所要額精算書（様式5）

3 領収書等貼付用紙（様式6-1～様式6-9）
領収書、納品書、振込額がわかる資料（通帳の写しなど）等の支出内容とその金額が証明できる書類も併せて添付すること

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。

② 「様式第4号-3 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) 「様式第4号-3別紙 事業実績明細書」の確認、入力

① 「様式第4号-3別紙 事業実績明細書」の確認

「様式第4号-3別紙 所要額精算書」のシートの「必須項目」に入力いただくと、「様式第4号-3別紙 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、「様式第4号-3別紙 所要額精算書」と同じ内容をご記載ください。

様式6

事業実績明細書_医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

医療機関等コード (10桁)	1334567890	施設名称	医療法人社団〇〇〇 △△△病院
----------------	------------	------	-----------------

【収入】

本補助金以外の寄付金・その他の収入の有無	なし	「あり」か「なし」どちらかを選択してください。
----------------------	----	-------------------------

「あり」を選択された、内容と金額をご記載ください。

内容	金額 (円)	備考	本補助金以外の寄付金・その他の収入の有無	合計額 (円)
			0	0

※ 所要額精算書の額と異なります。

【支出】

科目	内容	数量	単位	単価 (円)	金額 (円)	納入年月日	支払年月日	備考	科目	支出金額 (円)
資金・報酬	感染防止対策を実施する者を新規に雇用した際の資金	6	ヶ月	300,000	1,800,000	R2.10.15	R2.4.15	4/15～10/15まで臨時職員	資金・報酬	2,000,000
謝金	感染拡大防止の勉強会の講師謝金	2	回	50,000	100,000	R2.7.1	R2.6.1	6/1、7/1に勉強会実施	謝金	400,000
謝金	感染拡大防止の勉強会の講師謝金	3	回	100,000	300,000	R2.9.1	R2.8.1	8/1、8/15、9/1に勉強会実施	会議費	500,000
会議費	勉強会の会場費	1	回	50,000	50,000	R2.6.1	R2.6.10	6/1勉強会分	会議費	500,000
会議費	勉強会の会場費	1	回	60,000	60,000	R2.7.1	R2.7.10	7/1勉強会分	旅費	135,500
会議費	勉強会の会場費、WEB会議システム利用費	3	回	130,000	390,000	R2.8.1	R2.9.10	8/1、8/15、9/1勉強会分	需用費	2,000,000
資金・報酬	感染防止対策を実施する者を新規に雇用した際の資金	1	ヶ月	200,000	200,000	R2.11.15	R2.10.15	10/15～11/15まで臨時職員	役員費	2,500,000
旅費	感染対策防止のための医師派遣に係る旅費	5	回	27,100	135,500	R2.5.10	R2.5.10	5/1-5/15までに●●に5回派遣	委託料	3,000,000
需用費	マスク購入費	50	箱	2,100	105,000	R2.4.10	R2.4.10		使用料及び賃借料	3,000,000
需用費	消毒用アルコール購入費	50	箱	5,500	275,000	R2.6.14	R2.7.10		備品購入費	4,500,000
役員費	院内感染に伴う外来閉鎖時の損害に対する保険料	1	契約	2,500,000	2,500,000	R2.4.10	R2.4.10	受取人は法人	合計	18,035,500
委託料	院内清掃委託	5	回	300,000	1,500,000	R3.2.20	R2.4.20	4月から毎月20日に実施		
需用費	防護服	100	着	5,000	500,000	R2.6.10	R2.6.10			
需用費	フェイスシールド	100	個	2,000	200,000	R2.6.10	R2.6.10			
需用費	マスク購入費	50	箱	1,900	95,000	R2.8.10	R2.8.10			
使用料及び賃借料	通信機器を用いた診療体制整備のための機器賃借料	5	ヶ月	300,000	1,500,000	R3.3.31	R2.10.1	10月から導入		
需用費	消毒用アルコール購入費	50	箱	5,500	275,000	R2.8.10	R2.8.10			
備品購入費	HEPAフィルター付き空気清浄機購入費	3	個	1,000,000	3,000,000	R2.9.3	R2.9.3	待合室用		
委託料	待合室レイアウト変更のための委託費	1	回	1,500,000	1,500,000	R2.9.3	R2.9.3			
需用費	消毒アルコール購入費	100	箱	5,500	550,000	R2.12.10	R2.12.10			
備品購入費	船舶確保のためのパーテーション	10	個	150,000	1,500,000	R2.9.3	R2.9.3			
使用料及び賃借料	感染疑い患者用寝具リース料	10	ヶ月	150,000	1,500,000	R3.1.1	R2.4.1	15床分をR2.4.1に納入、10ヶ月分が対象		

8

② 「様式第4号-3別紙 事業実績明細書」の入力

○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。（「様式第4号-3別紙 所要額精算書」の「収入」がゼロの場合は「なし」を、「収入」に金額を記載した場合は「あり」を選択して下さい。）

「あり」を選択した場合は、「内容」と「金額」の欄が水色になりますので、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「様式第4号-3別紙 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、「様式第4号-3別紙 所要額精算書」の収入額と「様式第4号-3別紙 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下さい。

【収入】				
本補助金以外の寄付金・その他の収入の有無			なし あり	
「あり」を選択された、内容と金額をご記載ください。				
内容	金額 (円)	備考	合計額 (円)	
			0	※

※ 所要額精算書の額と異なります。

○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」を入力して下さい。「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「様式第4号-3別紙 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「様式第4号-3別紙 所要額精算書」の支出済額と「様式第4号-3別紙 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下さい。

※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。

【支出】

科目	内容	数量	単位	単価(円)	金額(円)	納入年月日	支払年月日	備考
資金・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	6ヶ月		300,000	1,800,000	R2.10.15	R2.4.15	4/15-10/15まで臨時職員
謝金	感染拡大防止の勉強会の講師謝金	2回		50,000	100,000	R2.7.1	R2.6.1	6/1、7/1に勉強会実施
謝金	感染拡大防止の勉強会の講師謝金	3回		100,000	300,000	R2.9.1	R2.8.1	8/1、8/15、9/1に勉強会実施
会議費	勉強会の会場費	1回		50,000	50,000	R2.6.1	R2.6.10	6/1勉強会分
会議費	勉強会の会場費	1回		60,000	60,000	R2.7.1	R2.7.10	7/1勉強会分
会議費	勉強会の会場費、WEB会議システム利用費	3回		130,000	390,000	R2.8.1	R2.9.10	8/1、8/15、9/1勉強会分
資金・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	1ヶ月		200,000	200,000	R2.11.15	R2.10.15	10/15-11/15まで臨時職員
旅費	感染対策防止のための医師派遣に係る旅費	5回		27,100	135,500	R2.5.10	R2.5.10	5/1-5/15までに●●に5回派遣
備用品	マスク購入費	50箱		2,100	105,000	R2.4.10	R2.4.10	
備用品	消毒用アルコール購入費	50箱		5,500	275,000	R2.6.14	R2.6.14	
役務費	院内感染に伴う外来閉鎖時の損害に対する保険料	1契約		2,500,000	2,500,000	R2.4.10	R2.4.10	受取人は法人
委託料	院内清掃委託	5回		300,000	1,500,000	R3.2.20	R2.4.20	4月から隔月20日に実施
備用品	防護服	100着		5,000	500,000	R2.6.10	R2.6.10	
備用品	フェイスシールド	100個		2,000	200,000	R2.6.10	R2.6.10	

科目	支出済額(円)
資金・報酬	2,000,000
謝金	400,000
会議費	500,000
旅費	135,500
備用品	2,000,000
役務費	3,000,000
委託料	3,000,000
使用料及び賃借料	3,000,000
備品購入費	4,500,000
合計	18,035,500

※ 所要額精算書の額と異なります。

額が一致しない科目

(様式5 所要額精算書 事業実施実績記載欄)

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

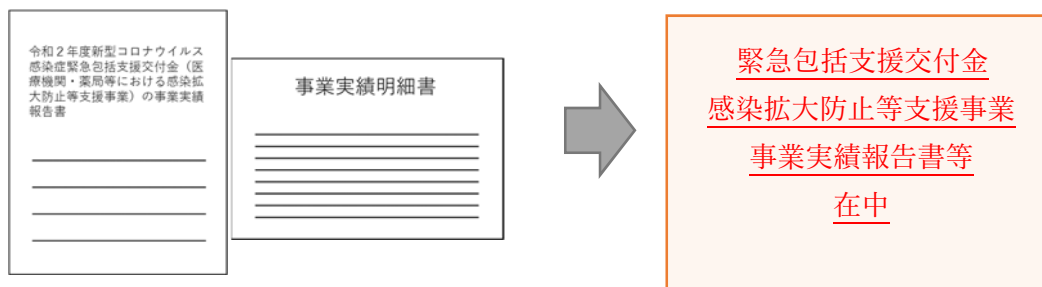
【新型コロナウイルス感染症に対応した感染拡大防止対策や診療体制確保等に要した費用】

科目	支出済額(円)	収入額(円)
資金・報酬	2,000,000	
謝金	400,000	
会議費	500,000	
旅費	135,500	
備用品	2,000,000	
役務費	3,000,000	
委託料	3,000,000	
使用料及び賃借料	3,000,000	
備品購入費	4,500,000	
② 支出合計額	18,535,500	
収入		100
③ 上記支出に対する主補助金以外の寄付金・その他の収入		100
④ 支出合計額-収入額(円)(②-③)		18,535,400
⑤ 補助金交付決定額(円) (1000円未満切捨)		17,000,000
⑥ 補助金交付確定額(円)(④と⑤のいずれか小さい額) (1000円未満切捨)		17,000,000
精算額(円)(⑤-⑥) (1000円未満切捨)		0

交付決定通知書を確認し、ご記載下さい。

3. 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、提出先である佐賀県慰労金・支援金コールセンター宛に、封筒の表面に「緊急包括支援交付金 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3月31日（水）までに郵送（必着）でご提出ください。



※ 領収書、納品書、請求書、明細書等の証拠書類を同封する必要はありません。

ただし、県から求めがあった場合には速やかに提出することを前提として、交付決定日の属する年度の終了後5年間（令和8年（2026年）3月31日まで）保管してください。

なお事業により取得し、又は効用の増加した価格が単価30万円以上の財産がある場合は、交付要綱の定めるところにより、補助事業実施期間後であっても、財産処分制限期間においては、助成金等の交付の目的に反する使用、転用、譲渡、交換、貸付や、担保に供する処分、廃棄等を行うことはできません。会計検査等の際、証拠書類の原本が確認できない場合は、助成金等の返還を求められる場合がありますので、不備のないよう保管してください。

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