

事務連絡  
令和3年2月3日

各都道府県衛生主管部（局）御中

厚生労働省医政局医療経理室  
医療経営支援課

令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保  
支援補助金について

新型コロナウイルス感染症が拡大する中で、緊急的臨時的な対応として、都道府県の指定を受けた診療・検査医療機関(仮称)の発熱患者等に対する診療・検査体制の確保及び医療機関・薬局等の医療提供体制の確保を図るため、診療・検査医療機関(仮称)をはじめとする対象医療機関等の感染拡大防止対策等に要する費用を補助することとしたので、下記について御了知の上、事業の実施にご協力をお願いします。

※ 本補助金については、令和2年度事業の申請期限（令和3年2月28日（当日消印有効））までに申請書を提出した医療機関等には審査を行った上で令和2年度に交付決定を行います。令和2年度事業の申請期限に申請が間に合わない医療機関等への対応は令和3年度に実施予定です（令和2年度事業の補助を受けた医療機関等は、令和3年度実施分では対象外となります）。

令和3年4月1日からの経費が補助の対象経費となる令和3年度実施分の詳細は後日改めてお示しします。

記

1. 本補助金の案内及び周知について

本補助金は国の直接補助事業としているため、補助の申請は医療機関等から直接、厚生労働省に行われますが、医療機関等に対して円滑かつ迅速に補助金を交付できるよう、本事務連絡の添付資料により、2. の補助の対象となる医療機関等に案内していただくとともに、貴管下の政令市及び特別区に周知いただくようお願い申し上げます。

また、申請書様式等については、以下の厚生労働省ホームページに掲載しますが、申請書様式等をダウンロードすることが困難な医療機関等から相談があった場合は、本事務連絡に添付した申請書様式（手書き申請用）、申請書記載例（手書き申請用）等を印刷してお渡しいただくようお願いいたします。

※ 厚生労働省ホームページ

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_16443.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_16443.html)

なお、「令和2年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金に係る対応について」（令和2年9月15日厚生労働省健康局結核感染症課事務連絡）により、都道府県において、診療・検査医療機関（仮称）を指定した場合は、診療・検査医療機関（仮称）に対して書面で通知（様式は問わない）することをお願いしていますが、引き続き対応をお願いいたします。

## 2. 補助の対象となる医療機関等について

補助の対象となる医療機関等については、「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金の交付について」（令和3年2月3日厚生労働省発医政0203第5号）の別添の交付要綱3（1）に定める「対象医療機関等」であることを要件としています。

具体的には、以下のいずれかに該当する医療機関等としています。また、①及び②の両方に該当する医療機関は、①又は②のいずれか一方のみで対象となります。

※ 二次補正予算の「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」の補助を受けた医療機関等も補助の対象となります。

### ① 診療・検査医療機関（仮称）

院内等で感染拡大を防ぐための取組を行う、都道府県の指定を受けた診療・検査医療機関（仮称）（「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」\*による補助を受けた医療機関を除く。）

\* 令和2年9月15日の予備費による「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」（令和2年9月15日厚生労働省発医政第0915第2号厚生労働事務次官通知）です（以下同じ）。

### ② 医療機関・薬局等

院内等で感染拡大を防ぐための取組を行う、保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者及び助産所（「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」による補助を受けた医療機関を除く。）

### ③ 「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」による補助を受けた医療機関

「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」による補助を受けた医療機関のうち、同事業の補助基準額\*（「1,000万円に、許可病床200床ごとに200万円を追加した額」）が「25万円+5万円×許可病床数」より低い医療機関

\* 新型コロナウイルス感染症入院患者受入割当医療機関（重点医療機関、協力医療機関その他の都道府県が新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の入院受入れを割り当てた医療機関）の場合は、

補助基準額に追加される 1,000 万円を除く。

※ ③は、「令和 2 年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」による補助を受けた医療機関については、本事業の方が補助基準額（上限額）が高い場合は、差額分を補助するということです。

### 3. 補助基準額（上限額）及び補助の対象経費

#### (1) 補助基準額（上限額）

補助基準額（上限額）は、以下の区分ごとに、それぞれ次に定める額となります。

- ① 診療・検査医療機関（仮称） 100 万円
- ② 医療機関・薬局等
  - ・病院・有床診療所（医科・歯科） 25 万円+5 万円×許可病床数
  - ・無床診療所（医科・歯科） 25 万円
  - ・薬局・訪問看護事業者・助産所 20 万円

③ 「令和 2 年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」による補助を受けた医療機関

「25 万円+5 万円×許可病床数」から「令和 2 年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」の補助基準額\*（「1,000 万円に、許可病床 200 床ごとに 200 万円を追加した額」）を差し引いた額

\* 新型コロナウイルス感染症入院患者受入割当医療機関（重点医療機関、協力医療機関その他の都道府県が新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の入院受入れを割り当てた医療機関）の場合は、補助基準額に加算される 1,000 万円を除く。

※ ③は、「令和 2 年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」による補助を受けた医療機関については、本事業の方が補助基準額（上限額）が高い場合は、差額分を補助するということです。

#### (2) 補助の対象経費

補助の対象経費については、令和 2 年 12 月 15 日から令和 3 年 3 月 31 日までにかかる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する次の経費です（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除く。）。

・賃金、報酬、謝金、会議費、旅費、需用費（消耗品費、印刷製本費、材料費、

光熱水費、燃料費、修繕料、医薬材料費)、役務費(通信運搬費、手数料、保険料)、委託料、使用料及び賃借料、備品購入費

※ 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、幅広く対象となります。「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」は対象になりません。

※ 二次補正予算による「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」や「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」、令和2年9月15日の予備費による「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」の対象経費と同じです。

※ 本補助金については、令和2年度事業の申請期限(令和3年2月28日(当日消印有効))までに申請書を提出した医療機関等には審査を行った上で令和2年度に交付決定を行います。令和2年度事業の申請期限に申請が間に合わない医療機関等への対応は令和3年度に実施予定です(令和2年度事業の補助を受けた医療機関等は、令和3年度実施分では対象外となります)。

令和3年4月1日からの経費が補助の対象経費となる令和3年度実施分の詳細は後日改めてお示しします。

#### 4. コールセンターについて

本補助金の内容や申請方法等について照会を受け付けるコールセンターを設置していますので、医療機関等から照会があった場合には、ご案内をお願いします。

○厚生労働省医療提供体制支援補助金コールセンター

電話番号：0120-336-933 (平日9:30~18:00)

#### <添付資料>

- (1) 補助の対象となる医療機関等あて案内文書
- (2) 本補助金の概要資料
- (3) 令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金に関するQ&A
- (4) 申請書様式、申請書記載例(電子媒体申請用、手書き申請用)
- (5) 実績報告書、実績報告書記載例
- (6) 「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金の交付について」(令和3年2月3日厚生労働省発医政0203第5号)

令和 3 年 2 月 15 日

文書の番号など管理される場合はこちらに入力ください

厚生労働大臣 殿

所在地	東京都千代田区霞が関〇〇〇
施設名称	〇〇病院
代表者名	〇〇〇

「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」の交付申請書

必ず、いずれか該当する方に「✓」を入れてください

<input type="checkbox"/>	申請する補助対象経費に申請日以降に支払いが見込まれる費用が含まれている「概算交付申請」である。
<input checked="" type="checkbox"/>	申請する補助対象経費の支払いは全て完了している「精算交付申請」である。

↑いずれかにチェック

標記について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて申請する。

交付申請書（別紙）のに記載の「補助交付申請額」を記載してください

1 国庫補助申請額 金 3,789,000 円

2 交付申請書（別紙）

3 添付書類

・支出が確認できる書類（領収書等）

別紙

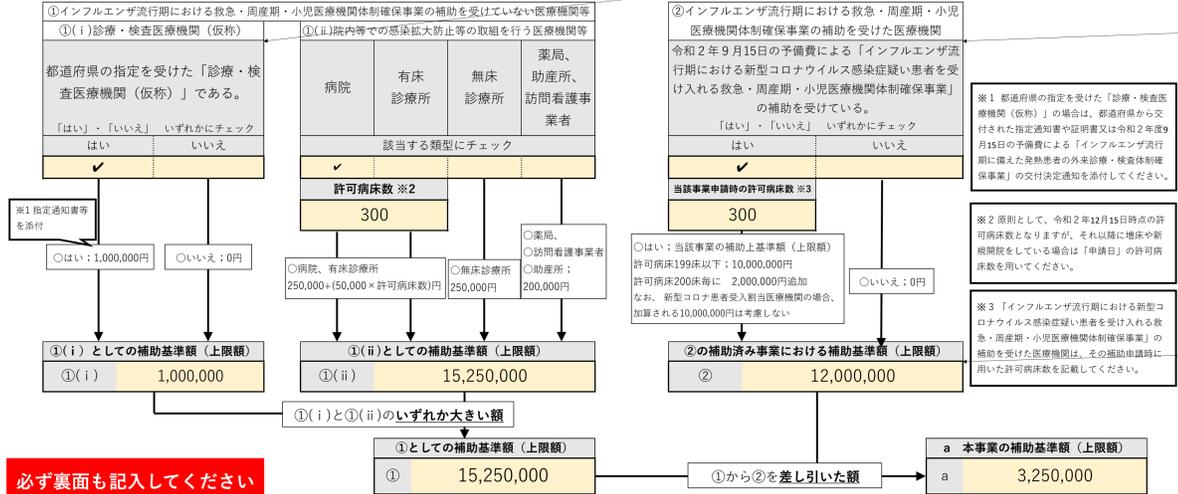
黄色セル部分に記載をお願いします

【表面】 交付申請書（別紙）\_令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金

申請日 令和3年3月1日 (入力形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り
I. 基本情報
(1)施設概要
医療機関等コード (10桁) 9 8 7 6 5 4 2 3 1 0
施設名称 ○○病院
代表者職名 病院長 代表者氏名 ○○ ○○
連絡先 担当部署 総務部 担当者氏名 ●● ●● 連絡先電話番号 030000000 連絡先メールアドレス @@@@.@@@.@@
所在地 郵便番号 0 1 2 - 3 4 5 6 都道府県 東京 市区町村以降 千代田区○○町○番○号

医療機関等コードは、必ず10桁で入力してください。
○1-2桁目：都道府県番号
○3桁目：点数表番号
○4-5桁目：都市区番号
○6-9桁目：医療機関等番号
○10桁目：検証番号
都道府県番号と点数表番号が判らない場合は、「（参考）都道府県番号・点数表番号一覧」のシートをご参照ください。

(2)補助基準額の算定 ※ 該当する施設区分にチェックを記入していただき、記載の算定方法に従って「a 本事業の補助基準額（上限額）」を記入してください。



都道府県の指定を受けた「診療・検査医療機関（仮称）」の場合は、「はい」を選択いただき、都道府県から交付された指定通知書や指定証明書又は「インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業」の交付決定通知を添付してください。

「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」の補助を受けた医療機関は、当該事業の補助基準額（上限額）が「250千円+50千円×許可病床数」より低い場合、その差額分の補助を本事業により受けることが可能です。

「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」の補助を受けた医療機関は、当該事業の補助基準額（上限額）が「250千円+50千円×許可病床数」より低い場合、その差額分の補助を本事業により受けることが可能です。

必ず裏面も記入してください

別紙

黄色セル部分に記載をお願いします

【裏面】 交付申請書（別紙）\_令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金

II. 補助金の振込先
金融機関名 △△銀行 金融機関コード 0 0 0 0 支店名 ●●支店 支店コード 0 0 1
預金種類 2 口座番号 (右詰め) 1 1 1 1 1 1 1 1 (フリガナ) マルマルビョウイン
1.普通 2.当座 6.別段 ※8桁未満の場合、頭に「0」をつけて8桁にしてください
取引口座名 ○○病院

希望される補助金の振込先を記入してください。

III. 申請内容 ※本事業により支出する内容・金額（見込含む）を下記の支出科目ごとに記載して下さい。

Table with columns: 事業開始日 (令和2年12月15日), 事業終了日 (令和3年3月31日), 科目, 内容, 支出額 (円), 収入額 (円).
支出: 賃金・報酬 (234,000), 謝金 (200,000), 会議費 (120,000), 旅費 (30,000), 需用費 (350,000), 役員費 (0), 委託料 (2,000,000), 使用料及び賃借料 (0), 備品購入費 (855,500), b.合計支出額 (総事業費) (3,789,500)
収入: c.上記支出に対する本補助金以外の寄付金・その他の収入 (0)
d.合計支出(予定)額-収入(予定)額 (円) (b-c) (3,789,500)
補助金交付申請額 (円) (aとdのいずれか少ない額) [1000円未満切捨] (3,789,000)

各科目に該当する費用について、内容と支出額を記入して下さい。支出予定のない科目については内容に「なし」、支出額に「0」を記入してください。

例) 各科目、以下のような費用が考えられます。(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
・役員費：コロナ感染により医療機関が休業した場合の医療機関への補償を行う保険の保険料 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：空気清浄機の購入費 等

上記の費用に対して、本補助金以外の寄附金やその他の収入を用いる場合はその金額を、用いない場合は「0」円を記載してください。

「はい」の場合は、領収書（写し）等の証拠書類の添付が必要になります
「いいえ」の場合は、事後に実績報告が必要となりますので、領収書等の証拠書類は保管しておいてください。

IV. 確認事項 ※申請内容に補助の対象にならない経費が含まれている場合や他の補助金への申請内容等に関する都道府県への確認について同意されない場合は申請できませんので、ご確認ください。

確認事項表
1. 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)
2. 上記「支出額」に、令和2年度二次補正予算の「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」や「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」、「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」等、他の補助金と対象経費が重複するものは含まれていない (はい)
3. 本事業の申請書、実績報告書等の審査・確認過程で、令和2年度二次補正予算の「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」や「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」の申請書、実績報告書等の内容を、必要に応じて国から都道府県に確認することがあることに同意する (はい)

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る場合は、申請できませんので、ご確認の上、「はい」を選択してください。

二次補正予算の「新型コロナ疑い患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業」や「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」等、他の補助金と重複する経費が含まれている場合は申請できませんので、ご確認の上、「はい」を選択してください。

必要に応じて、令和2年度二次補正予算の「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」や「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」の申請内容や実績報告の内容について、国から都道府県へ確認することについて同意してください。
同意されない場合は申請できません。

# 請 求 書

「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」の交付申請書について、下記の通り請求します。

金 3,789,000 円

交付申請書（別紙）で算出した、補助申請額を記載してください

なお、上記金額は次の口座へお振り込みください。

交付申請書（別紙）に記載した口座を記載してください

金融機関名	△△銀行	支店名	●●支店
預貯金種別	当座預金	口座番号	11111111
(フリガナ)	マルマルビョウイン		
口座名	〇〇病院		
郵便番号	012-3456		
住所	東京都千代田区〇〇町〇番〇号		
交付申請 交付請求	令和3年3月31日		

施設名称 〇〇病院

代表者名 〇〇 〇〇印

官 署 支 出 官

厚生労働省大臣官房会計課長 殿

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

所在地   
施設名称   
代表者名

「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」の交付申請書

<input type="checkbox"/>	申請する補助対象経費に申請日以降に支払いが見込まれる費用が含まれている「概算交付申請」である。
<input type="checkbox"/>	申請する補助対象経費の支払いは全て完了している「精算交付申請」である。

↑いずれかにチェック

標記について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて申請する。

1 国庫補助申請額 金  円

2 交付申請書（別紙）

3 添付書類

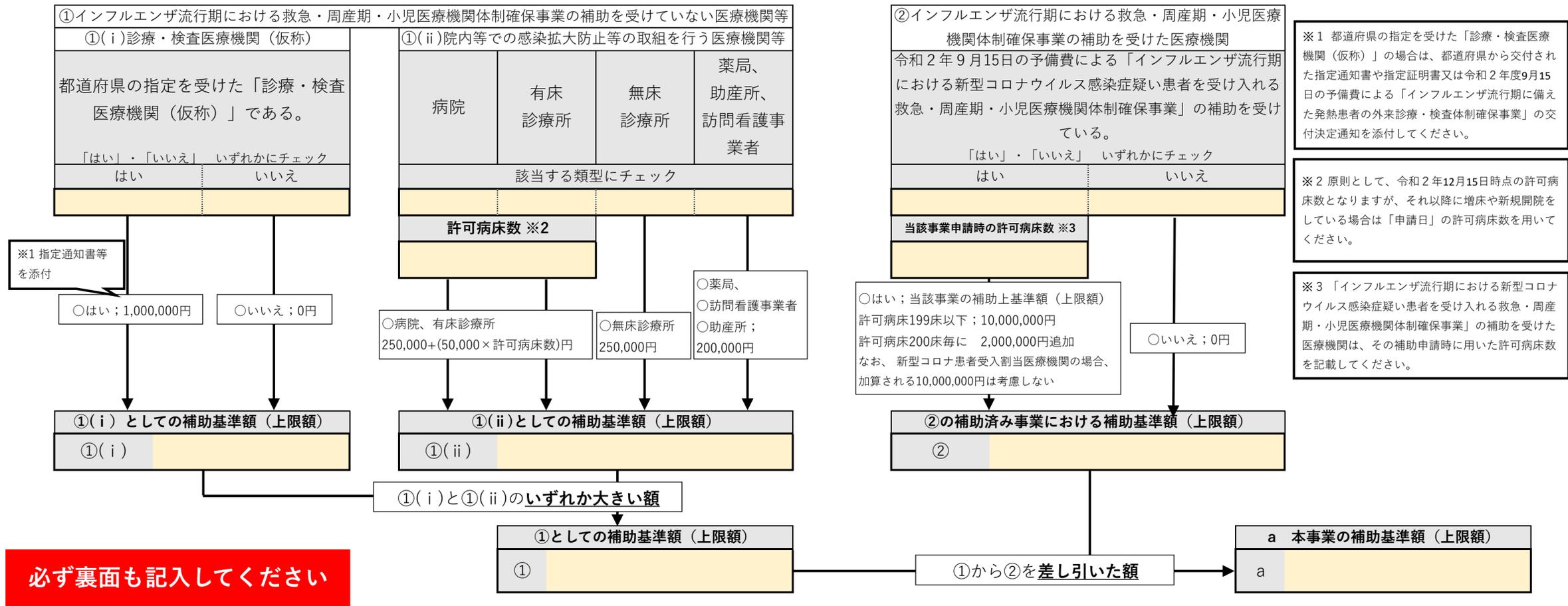
別紙

黄色セル部分に記載をお願いいたします

【表面】 交付申請書（別紙）\_令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金

申請日	<input type="text"/>			(入力形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り (表示は、元号表示になります)			医療機関等コードは、必ず10桁で記入してください。 ○1-2桁目；都道府県番号 ○3桁目；点数表番号 ○4-5桁目；郡市区番号 ○6-9桁目；医療機関等番号				
I. 基本情報											
(1) 施設概要											
助産所コードを有さない助産所は「999999999」を入力してください											
医療機関等コード (10桁)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	施設名称	<input type="text"/>
代表者職名	<input type="text"/>			代表者氏名	<input type="text"/>						
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	
	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>	
所在地	郵便番号				都道府県			市区町村以降			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(2) 補助基準額の算定 ※ 該当する施設区分にチェックを記入していただき、記載の算定方法に従って「a 本事業の補助基準額 (上限額)」を記入してください。



必ず裏面も記入してください

別紙

黄色セル部分に記載をお願いいたします

**【裏面】 交付申請書（別紙）\_令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金**

II. 補助金の振込先

金融機関名		金融機関コード		支店名		支店コード	
預金種類 1:普通 2:当座 6:別段		口座番号（右詰め） ※ 8桁未満の場合、頭に「0」をつけて8桁にしてください		(フリガナ) 取引口座名			

III. 申請内容 ※本事業により支出する内容・金額（見込含む）を下記の支出科目ごとに記載して下さい。

事業開始日		事業終了日	
-------	--	-------	--

	科目	内容（※各科目の内容を30字程度で記入ください。支出予定のない科目には「なし」と記入してください。）	支出額（円）	収入額（円）
支出	賃金・報酬			
	謝金			
	会議費			
	旅費			
	需用費			
	役務費			
	委託料			
	使用料及び賃借料			
	備品購入費			
	b_合計支出額（総事業費）			
収入	c_上記支出に対する本補助金以外の寄付金・その他の収入			
d_合計支出(予定)額-収入(予定)額（円）（b-c） ※ただし、b-cが「0」以下の場合は、「0」				
補助金交付申請額（円）（aとdのいずれか少ない額）				
			[1000円未満切捨]	

上記「支出額」について、全ての支払が完了している。	はい	いいえ
---------------------------	----	-----

「はい」の場合は、各対象経費について、領収書(写し)等の証拠書類を添付してください。  
「いいえ」の場合は、事後に実績報告が必要となりますので、領収書等の証拠書類は保管しておいてください。

IV. 確認事項 ※申請内容に補助の対象にならない経費が含まれている場合や他の補助金への申請内容等に関する都道府県への確認について同意されない場合は申請できませんので、ご確認ください。

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	いいえ
上記「支出額」に、令和2年度二次補正予算の「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」や「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」、「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療体制確保事業」等、他の補助金と対象経費が重複するものは含まれていない。	はい	いいえ
本事業の申請書、実績報告書等の審査・確認過程で、令和2年度二次補正予算の「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」や「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」の申請書、実績報告書等の内容を、必要に応じて国から都道府県に確認することがあることに同意する。	はい	いいえ

「はい」/「いいえ」のいずれかに「○」をつけてください。

二次補正予算の「新型コロナ疑い患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業」や「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」等、他の補助金と重複する経費は本事業の補助対象外です。

必要に応じて、他の補助金と重複する経費がないか等を確認させていただきます。同意いただけない場合は、本事業の補助を受けることはできません。なお、入手した情報は本事業の審査・確認以外の目的で使用することはございません。

# 請 求 書

「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」の交付申請書について、下記の通り請求します。

金  円

なお、上記金額は次の口座へお振り込みください。

金融機関名		支店名	
預貯金種別		口座番号	
(フリガナ)			
口座名			
郵便番号			
住所			
交付申請 交付請求			

施設名称

代表者名

印

官 署 支 出 官

厚生労働省大臣官房会計課長 殿

