

記載例

令和3年2月15日～3月5日までの日付となります

様式第1号

令和3年〇月〇〇日

愛知県知事 殿

今後の提出書類についても同一の標記としてください。

住 所 名古屋市中区三の丸〇-〇-〇
医療機関名 医療法人〇〇会 〇〇病院
代表者職・氏名 理事長 〇〇 〇〇

令和2年度愛知県回復患者転院受入医療機関応援金交付申請書

「令和2年度愛知県回復患者転院受入医療機関応援金交付要綱」に基づき、下記のとおり応援金の交付を申請します。なお、証拠書類は別添のとおりです。

記
応援金交付申請額 金 480,000円

ここには実際の申請額（＝別紙1の選定額）を記載してください。
（この記載例では、申請額<基準額のパターンを示しています。）

（交付基準額）

受け入れた患者の人数	基準額
5人	500,000円

ここには別紙1の「受入患者数」を記載してください。

ここには別紙1の「基準額」を記載してください。

- 添付書類（1）令和2年度愛知県回復患者転院受入医療機関応援金所要額調書（別紙1）
（2）令和2年度愛知県回復患者転院受入医療機関応援金使用計画書（別紙2）
（3）回復患者転院受入報告書（別紙3）

記載例

令和 2 年度愛知県回復患者転院受入医療機関応援金所要額調書

(単位：円)

受入患者数 (A)	患者 1 人当たり 基礎額 (B)	基準額 ((A) × (B)) (C)	対象経費の支出予定額 (D)	選定額 (C) と (D) のいずれか 少ない額 (E)
5	100,000	500,000	480,000	480,000

自動計算されます。

着色されたセルに入力してください。

令和 2 年度愛知県回復患者転院受入医療機関応援金使用計画書

用途	金額
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) (医師 2～3 月支給分 30人×5,000円/日)	150,000
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 2～3 月支給分 50人×3,000円/日)	150,000
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 2～3 月支給分 20人×2,000円/日)	40,000
防疫資材 (マスク、ゴーグル、ガウン)	80,000
消毒資材 (アルコール製剤、塩化ベンザルコニウム)	60,000
合計	480,000

記載例

記載例

様式第1号と同一の日付を記載してください。

別紙3

令和3年〇月〇〇日

回復患者転院受入報告書

居住地(市町村名)	〇〇市
性別	男
転院受入日	令和3年〇月〇〇日
転院元医療機関名	医療法人●●会 ●●病院
年齢(陽性確定日時点)	70

令和3年1月26日～2月28日
が対象期間となります。

※本紙は転院患者を1人受け入れる毎に1枚作成すること。