

記載例

交付決定日以降～令和3年4月1日までの日付となります

様式第6号

令和3年〇月〇〇日

愛知県知事 殿

実際に支払った金額（内訳の合計）を記載してください。
記載例では、交付決定額が480,000円の場合を記載しています。（実績報告で交付決定額を上回っても補助金額は480,000円となります。）

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事業実績報告書

令和3年〇月〇日付け2医務第〇〇〇〇号で交付決定のあった令和2年度愛知県回復患者転院受入医療機関応援金については、下記のとおり使用しましたので、当該交付要綱第11条の規定に基づき、報告します。

【添付資料】

- 手当支給単価とその要件が分かる資料（規定、内規等の写し）
- 対象者の給与明細等、手当支給を証明する資料
- 手当支給の積算根拠資料（職員氏名、職種、支給単価、従事日数等が記載されていること）

記

金488,195円

【添付資料】

納品書・請求書・領収書の写し等
（令和3年3月31日までに支出・納品したことを確認できる資料）

(内訳)

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 31人×5,000円/日）	155,000円
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 53人×3,000円/日）	159,000円
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 17人×2,000円/日）	34,000円
防疫資材（マスク、ゴーグル、ガウン）	79,695円
消毒資材（アルコール製剤、塩化ベンザルコニウム）	60,500円
合計	488,195円

※本書の提出にあたっては、用途の根拠となる新型コロナウイルス感染症から回復した患者を担当した職員の給与明細、当該患者のために購入した物品の納品書・請求書の写し等、上記用途を証明するための書類を添付すること。

補助対象経費（手当分）計算書

**(3) 手当支給の
積算根拠資料
添付書類例**

1 支給単価及び要件

番号	単価		要件
	単位	金額	
1	日額	¥5,000	転院を受け入れた患者に対応した医師
2	日額	¥3,000	転院を受け入れた患者に対応した看護師
3	日額	¥2,000	転院を受け入れた患者に対応した准看護師

2 支給実績

番号	単価①	延べ人数②*	支給額①×②
1	¥5,000	31人	¥155,000
2	¥3,000	53人	¥159,000
3	¥2,000	17人	¥34,000
	¥0		¥0
合計支給額			¥348,000
うち補助対象経費			¥348,000

*延べ人数は参考様式②の各単価従事日（月）数の総合計と一致

※上記内容が確認できる資料があれば、本様式の作成は不要とします。

※必要に応じ、改変して使用してください。

新型コロナウイルス感染症回復患者等対応手当支給実績内訳書

**(3) 手当支給の
積算根拠資料
添付書類例**

支給月		令和3年2月（令和3年1月分）			支給額	備考
職員名	職種	従事日数*				
		単価1 ¥5,000	単価2 ¥3,000	単価3 ¥2,000		
〇〇 〇〇	医師	2			¥10,000	
〇〇 〇〇	医師	1			¥5,000	
〇〇 〇〇	看護師		3		¥9,000	
〇〇 〇〇	看護師		3		¥9,000	
〇〇 〇〇	看護師		2		¥6,000	
〇〇 〇〇	看護師		1		¥3,000	
〇〇 〇〇	准看護師			2	¥4,000	
〇〇 〇〇	准看護師			1	¥2,000	
合計		3	9	3	¥48,000	

- *支給日（月）数の単価は参考様式①の1支給単価の番号と一致させてください。
- *適宜行を追加して作成してください。
- *上記内容が確認できる資料があれば、本様式の作成は不要とします。
- *必要に応じ、改変して使用してください。

支給月		令和3年3月（令和3年2月分）			支給額	備考
職員名	職種	従事日（月）数*				
		単価1 ¥5,000	単価2 ¥3,000	単価3 ¥2,000		
〇〇 〇〇	医師	10			¥50,000	
〇〇 〇〇	医師	9			¥45,000	
〇〇 〇〇	医師	9			¥45,000	
〇〇 〇〇	看護師		11		¥33,000	
〇〇 〇〇	看護師		10		¥30,000	
〇〇 〇〇	看護師		9		¥27,000	
〇〇 〇〇	看護師		8		¥24,000	
〇〇 〇〇	看護師		6		¥18,000	
〇〇 〇〇	准看護師			6	¥12,000	
〇〇 〇〇	准看護師			5	¥10,000	
〇〇 〇〇	准看護師			3	¥6,000	
合計		28	44	14	¥300,000	

- *支給日（月）数の単価は参考様式①の1支給単価の番号と一致させてください。
- *適宜行を追加して作成してください。
- *上記内容が確認できる資料があれば、本様式の作成は不要とします。
- *必要に応じ、改変して使用してください。

従事日（月）数総合計

従事日（月）数*		
単価1	単価2	単価3
¥5,000	¥3,000	¥2,000
31	53	17

参考様式①「2 支給実績」の
延べ人数②と一致

手当内訳書

**(3) 手当支給の
積算根拠資料
添付書類例**

給与明細上の手当名： 特殊勤務手当

支給月		令和3年2月（令和3年1月分）		
職員名	回復患者対応	夜間診療手当	休日診療手当	合計
〇〇 〇〇	¥10,000	¥20,000	¥0	¥30,000
〇〇 〇〇	¥5,000	¥0	¥0	¥5,000
〇〇 〇〇	¥9,000	¥0	¥10,000	¥19,000
〇〇 〇〇	¥9,000	¥20,000	¥0	¥29,000
〇〇 〇〇	¥6,000	¥0	¥0	¥6,000
〇〇 〇〇	¥3,000	¥10,000	¥5,000	¥18,000
〇〇 〇〇	¥4,000	¥0	¥0	¥4,000
〇〇 〇〇	¥2,000	¥0	¥0	¥2,000

支給月		令和3年3月（令和3年2月分）		
職員名	回復患者対応	夜間診療手当	休日診療手当	合計
〇〇 〇〇	¥50,000	¥10,000	¥0	¥60,000
〇〇 〇〇	¥45,000	¥0	¥0	¥45,000
〇〇 〇〇	¥45,000	¥0	¥10,000	¥55,000
〇〇 〇〇	¥33,000	¥20,000	¥0	¥53,000
〇〇 〇〇	¥30,000	¥0	¥0	¥30,000
〇〇 〇〇	¥27,000	¥10,000	¥5,000	¥42,000
〇〇 〇〇	¥24,000	¥0	¥0	¥24,000
〇〇 〇〇	¥18,000	¥0	¥0	¥18,000
〇〇 〇〇	¥12,000	¥10,000	¥0	¥22,000
〇〇 〇〇	¥10,000	¥0	¥5,000	¥15,000
〇〇 〇〇	¥6,000	¥0	¥5,000	¥11,000

- * 「回復患者対応」欄は応援金で支給した金額と一致させてください。
- * 「合計」欄は給与明細に記載されている手当額と一致させてください。
- * 適宜行を追加して作成してください。
- * 上記内容が確認できる資料があれば、本様式の作成は不要とします。
- * 必要に応じ、改変して使用してください。