様式第１号

年　月　日

愛知県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　法人等（補助事業者）住所

　　　　　　　　　　　　　法人名等（補助事業者名）

　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　受入病院所在地

受入病院名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（文書交付先）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

令和５年度愛知県医療従事者応援金交付申請書

　「愛知県医療従事者応援金交付要綱」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　　　　　　　　　　円

（交付基準額）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者の状態 | 患者人数※１ | 患者№※２ | 基準額 |
| 名古屋市 | 豊橋市 | 岡崎市 | 一宮市 | 豊田市 | その他 | **合 計** |
| ネーザルハイフロー対応※３ | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |  | 円 |
| 重症※４ | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |  | 円 |
| 重篤※５ | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |  | 円 |
| 小計 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |  | 円 |
| 上乗せ分※６ | （小計×０．１） | 円 |
| 合計 | ― | 円 |

　　　※１：患者人数欄は居住地毎に患者の人数内訳を記入すること。

　　　※２：患者№欄には患者人数欄に対応する患者の番号を記入すること。

　　　　　　患者数が多く、患者№欄に書き切れない場合は別紙様式へ記入すること。

 　　※３：ネーザルハイフロー対応とは患者にネーザルハイフローを装着した場合を指す。

　　　※４：重症とは患者に気管挿管を伴う人工呼吸器を装着又はICUで対応した場合を指す。

※５：重篤とは重症状態の患者にECMOを装着した場合を指す。

※６：上乗せ分は、小計金額の１割に相当する金額を記入すること。

　　　添付書類（１）令和５年度愛知県医療従事者応援金所要額調書（別紙１）

（２）令和５年度愛知県医療従事者応援金使用計画書（別紙２）

（３）令和５年度新型コロナウイルス感染症入院患者受入報告書（別紙３）

（４）受入れた患者の状態が分かる資料（様式任意）

別紙様式

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者の状態 | 患者人数 | 患者№ |
| ネーザルハイフロー対応 | 人 |  |
| 重症 | 人 |  |
| 重篤 | 人 |  |
| 合計 | 人 | － |