

赤字部分が記入必要箇所となります。

世田谷区長 へ

申請者 住所 世田谷区 × 丁目 番号
氏名 医療法人社団〇〇会 病院
理事長

（法人等にあつては、名称、主たる事務所の所在地及び代表者名）

世田谷区新型コロナウイルス感染症対応医療機関等支援事業補助金申請書 認印可。スタンプ印は不可。

世田谷区新型コロナウイルス感染症対応医療機関等支援事業補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

連絡先は直通の連絡先をご記入ください。

記

町名の記載漏れにご注意ください。

補助事業計画書

機関の名称	病院	機関の所在地	世田谷区 × 丁目 番 号
担当者名	〇〇 〇〇	連絡先 (メール)	03-XXXX-XXXX @
実施する補助事業	（実施する補助事業に✓をつけてください。） <input checked="" type="checkbox"/> (A) 新型コロナウイルス感染症専用病床の確保 <input checked="" type="checkbox"/> (B) 発熱外来等の運営 <input type="checkbox"/> (C) 新型コロナウイルス感染症対応医療機関等 <input checked="" type="checkbox"/> 従業員又は入院患者の感染による休診...		
補助対象者要件	（当てはまるものすべてに✓をつけてください。） <input checked="" type="checkbox"/> (A) 新型コロナウイルス感染症対応医療機関等 <input type="checkbox"/> (A) 新型コロナウイルス感染症対応医療機関等 <input type="checkbox"/> (A) 上記以外で、東京都が指定する医療機関に該当 <input checked="" type="checkbox"/> (B) 東京都診療・検査医療機関に該当 <input type="checkbox"/> (B) 保健所が実施する検査を受託する医療機関に該当 <input type="checkbox"/> (B) 保険診療（公費負担）契約医療機関に該当		

・実施する事業にチェックを入れてください。
 ・「従業員又は入院患者の感染による休診...」の事業は全ての医療機関等が該当するため、チェックを外さないでください。
 ・該当する補助対象者要件にチェックを入れてください。

個別事業計画（実施する補助事業に✓を入れてください）

✓ (A) 新型コロナウイルス感染症専用病床の確保（フロアごとに記入してください。）

病棟	階数	部屋番号	確保病床数 ¹	確保期間 ²
東	3階	301~311	10床	令和4年4月1日から 令和5年3月31日まで

・こちらの欄に書ききれない場合は、別紙をご用意ください。
 ・令和4年度以前から実施している場合でも、令和4年4月1日からとしてください。
 ・確保終了時期が未定の場合は、令和5年3月31日までとしてください。

【注意事項】

- 東京都に届け出ている新型コロナウイルス感染症に対する確保病床数（休止病床除く）をご記入ください。
- 令和4年4月1日以前より補助事業を実施した場合の確保期間は、令和4年4月1日からとなります。
- 記載欄が不足する場合は、新型コロナウイルス感染症専用病床の確保事業計画書と同項目を設けた別紙をご用意ください。

【添付書類】

補助対象の医療機関に指定されていることを証する書類（例：指定通知書等）を添付してください。事業の実施場所がわかる書類（例：平面図の写し等）を添付してください。

注意事項・添付書類を必ずご確認ください。

・令和4年度以前から実施している場合でも、令和4年4月1日からとしてください。
 ・終了時期が未定の場合は、令和5年3月31日までとしてください。
 ・東京都より帰国者・接触者外来と同等の機能を有する医療機関の指定がある医療機関についても、発熱外来にチェックを入れてください。

(B) 発熱外来

実施形態

帰国者・接触者外来 ¹ <input checked="" type="checkbox"/> 発熱外来 ¹ 訪問診療	令和4年4月1日～ 令和5年3月31日	火：9:00～12:00 16:00～19:00 水：9:00～12:00 16:00～19:00 木：休診 金：9:00～12:00 16:00～19:00 土：9:00～12:00 日：休診 祝：休診
---	------------------------	--

補助要件（実施形態が発熱外来の場合に該当）

- 発熱外来等の実施していることを、自院のホームページ等で周知している
 （周知の方法：自院のホームページにて周知）
- 発熱外来を実施する医療機関として世田谷区のホームページに掲載されている

どちらか、または両方にチェックを入れてください。

【注意事項】

- 帰国者・接触者外来と同様の機能を有する医療機関については、実施形態は発熱外来となります。
- 令和4年4月1日以前より補助事業を実施した場合の運営期間は、令和4年4月1日からとなります。
- 実施形態が発熱外来の場合、1日に3時間以上かつ、月に10日以上の実施が必要です。

【添付書類】

運営体制及び周知を行っていることがわかる書類を添付してください（例：ホームページの写し、自院掲示板の写真等）
 東京都診療・検査医療機関に指定されている場合には、そのことを証する書類（指定通知書等）を添付してください。

注意事項・添付書類を必ずご確認ください。

(C) 新型コロナ回復後患者の転院受入

実施内容

（実施する事業内容について当てはまるものすべてに✓をつけてください。）

- 新型コロナウイルス感染症入院受入医療機関から新型コロナウイルス感染症回復後患者の転院を受け入れる。
 新型コロナウイルス感染症回復後患者を同一院内の新型コロナ病床以外への転床をおこなう。

以下については、転院を受入れる機関のみ記載してください。

受入を予定している病棟等	受入期間 ¹	受入を予定している人数
西棟 4階 一般病棟	令和4年4月1日～ 令和5年3月31日	5人

東京都の新型コロナウイルス感染症患者転院等受入医療機関として

- 登録している
- 登録していない

情報提供承諾書（転院患者の受入れを行う施設のみ）

世田谷区内の新型コロナウイルス感染症患者の入院治療を行う医療機関に対して、当施設が、厚生労働省が定めた退院基準を満たした新型コロナウイルス感染症回復後患者の転院を受入れる施設であること及び「転院・転床受入施設登録票」(第2号様式)の内容について情報提供することに同意します。

世田谷区長 殿

所在地 世田谷区 ×丁目 番号
 名称 医療法人社団○○会 病院
 代表者 理事長

【注意事項】

- 令和4年4月1日以前より補助事業を実施した場合の受入期間は、令和4年4月1日からとなります。

【添付書類】

事業の実施場所がわかる書類（例：平面図の写し等）を添付してください。

注意事項・添付書類を必ずご確認ください。

世田谷区新型コロナウイルス感染症
転院

第2号様式は、転院、転床にかかわらず、転院等受入補助事業を実施するすべての施設において提出が必要です。

【基本情報】は、すべての施設において記入してください。

施設について	名称	医療法人社団〇〇会 病院
	種類	病院
	所在地	世田谷区 ×丁目 番号
	転院業務の担当部署	企画経営部
	担当部署の連絡先	03 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 (担当:)

【共通記入事項】

受入れ可能人数	5人
入院・入所可能な期間	令和4年4月1日～令和5年3月31日
対応できない症例	
特記事項（強み等）	〇〇〇〇に対応可能

【医療機関情報】 医療機関のみ記載してください

病床数	一般	療養（医療）	療養（介護）	精神	その他	対応する施設の情報を記入してください。	
	30	30	10				
病棟	回復期リハビリ	精神療養	認知症治療	地域包括ケア	緩和ケア	その他	
	○		○	○			
診療科	内科	外科	リハビリテーション科	整形外科	脳神経外科	精神科	その他
	○	○	○				

人工透析	取扱い有り	理学療法	取扱い有り
		作業療法	取扱い有り
		言語療法	取扱い無し

【高齢者施設情報】 高齢者施設のみ記載してください

老健	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士

【障害者施設情報】 障害者施設のみ記載してください

対象	身体	知的	精神	児童	重症心身障害児	医療的ケア児童

世田谷区長あて

赤字部分が記入必要箇所となります。

申請者 住所 世田谷区 ×丁目 番号
氏名 医療法人社団〇〇会 病院
理事長

交付決定通知書の右上の日付、番号を記載します。
判断に迷う場合は記入しないようにしてください。

(法人等に) 交付申請時と同じ印を使用してください。

世田谷区新型コロナウイルス感染症対応医療機関等支援事業補助金補助事業
実施状況報告・実績報告書

令和4年〇月〇日4保福政第 号をもって交付
入感染症対応医療機関等支援事業補助金について、下
します。

()内に実施事業の補助金額を合計した
金額を記載してください。
の金額から1,000円未満を切り捨てた金額を
記載してください。

記

1. 補助金所要額 12,545,000円 (12,545,700円)

2. 実施した補助事業の実施内容

町名の記載漏れにご注意ください。

実施した 機関	病院	機関 の所在地	世田谷区 ×丁目 番 号
報告する 実施期間	<input checked="" type="checkbox"/> 第1期(令和4年4月1日 ~ 令和4年6月30日)の実施状況報告 <input checked="" type="checkbox"/> 第2期(令和4年7月1日 ~ 令和4年9月30日)の実績報告		

(A) 新型コロナウイルス感染症専用病床の確保

都に届け出ている数を記載してください(休床病床除く)。

確保病床数		確保病床数	
第1期 4月(10床) 5月(12床) 6月(12床)	第1期 4月(2床) 5月(3床) 6月(3床)	第2期 7月(床) 8月(床) 9月(床)	第2期 7月(床) 8月(床) 9月(床)

実施方法の詳細	使用した病床数	金額
<input checked="" type="checkbox"/> 交付申請内容から変更なし 下記のとおり事業計画を変更した。	延べ 500床	4,880,000円 内訳 重症患者対応 24,000円 × 10床 中等症 対応 16,000円 × 90床 その他症状 8,000円 × 400床

確保病床数及び即応病床数については、東京都に届出ている病床数を記載すること。休床病床を確保病床に含まないこと。
第8号様式別紙1を添付してください。

(B) 発熱外来等の運営

実施方法の詳細	検査件数			金額																
	4月	5月	6月																	
<input checked="" type="checkbox"/> 交付申請内容から変更なし 下記のとおり事業計画を変更した。	<table border="1"> <tr><td>保険PCR</td><td>30</td><td>60</td><td>150</td></tr> <tr><td>保険抗原</td><td>15</td><td>145</td><td>160</td></tr> <tr><td>自費PCR</td><td>8</td><td>10</td><td>1</td></tr> <tr><td>自費抗原</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr> </table>			保険PCR	30	60	150	保険抗原	15	145	160	自費PCR	8	10	1	自費抗原	0	0	0	800,000円 内訳 <input checked="" type="checkbox"/> 100,000円 × 1 ヵ月 200,000円 × ヵ月 <input checked="" type="checkbox"/> 300,000円 × 1 ヵ月 <input checked="" type="checkbox"/> 400,000円 × 1 ヵ月
保険PCR	30	60	150																	
保険抗原	15	145	160																	
自費PCR	8	10	1																	
自費抗原	0	0	0																	

各月の補助額は、保険診療PCR検査と保険診療抗原検査数の合計が、300件以上であれば400,000円、200件以上であれば300,000円、100件以上であれば200,000円、100件未満であれば100,000円とします。
各月の検査件数が確認できる書類を添付してください。

(C) 新型コロナウイルス感染症回復後患者の転院受入

実施方法の詳細		金額		
<input checked="" type="checkbox"/> 交付申請内容から変更なし 下記のとおり事業計画を変更した。		356,000円		
		内訳 転院元補助 12,000円 × 3人 転院先補助 8,000円 × 20日 転床補助 8,000円 × 20日		
内訳				
転院元補助	転院した施設名	人数	転院した施設名	人数
	病院	2人	他病院に回復後患者を転床させた場合に記載。	
	病院	1人		
	人			
転院先補助	受け入れた病院名	日数	受け入れた病院名	日数
	付属 病院	20日	他病院から回復後患者を受け入れた場合に記載。	
		日		
	日			
転床	転床させた病床	日数	転床させた病床	日数
	地域包括ケア病床	20日	自院にて回復後患者の転床を実施した場合に記載。	
		日		
	日			

新型コロナウイルス感染症回復後患者の転院を受入れた医療機関については、第8号様式別紙2の転院証明書もしくは、退院基準を満たした日、転院日、転院の理由を確認することのできる、転院先からの証明書を添付してください。
 第8号様式別紙3を添付してください。

(D) 従業員又は入院患者の感染による休診中・病床使用停止中の経営継続

休診	休診したライン	休診期間	金額
	内科1ライン (医師1名、看護師2名)	令和4年4月20日~ 令和4年5月10日	41,700円 × 41日 1,709,700円
	外科1ライン (医師1名、看護師3名)	令和4年5月1日~ 令和5年5月20日	
		年 月 日~ 年 月 日	
	年 月 日~ 年 月 日		
病床使用停止	停止した病床	停止期間	金額
	中央棟 一般病床 (30床)	令和4年5月1日~ 令和5年5月20日	8,000円 × 600床 4,800,000円
		年 月 日~ 年 月 日	
		年 月 日~ 年 月 日	
	年 月 日~ 年 月 日		

3 補助事業の完了、中止又は廃止年月日 (実績報告時に記載)
 完了・中止・廃止 年 月 日

4 添付書類
 ・補助金所要額の算定根拠に係る資料

こちらの欄は、すべての補助事業を終える場合に記載します。記載時期については別途お知らせいたします。

5 備考

令和4年 4月

部屋番号		4/1	4/2	4/3	4/4	4/5	4/6	4/7	4/8	4/9	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14	4/15	4/16	4/17
101	患者情報	0653 入	0653	0653	0653	0653	0653	0653	0653	0653	0653	0653 死						
	症状	中等症 区	中等症 区	中等症 区	中等症 区	中等症 区	重症 区	重症 区	重症 区	重症 区	重症 区	重症 区	重症 区					
102	患者情報											0123 入	0123	0123	0123	0123	0123	0123
	症状											重症 区	軽症 区	軽症 区	軽症 区	軽症 区	軽症 区	軽症 区
103	患者情報																	
	症状																	
104	患者情報																	
	症状						中等症 区	中等症 区	中等症 区	中等症 区	中等症 区	中等症 区	中等症 区	0465 転				
105	患者情報	0465	0465	0465	0465	0465 部												
	症状	軽症 区	軽症 区	軽症 区	軽症 区	軽症 区	0123 入	0123	0123	0123	0123	0123	0123 棟					

左上：患者の任意番号を入力
 右上：患者の異動情報を選択
 入→入院 退→退院 転→転院
 部→他の部屋に転床
 棟→コロナ病棟以外の病棟に転床
 死→死亡
 左下：患者の症状を選択
 右下：区民であれば「区」を選択

他の病院へ転院した場合には、
 転院する理由と転院先をコメントにて挿入する。

同一日に複数人が同じ病床を使用した場合、
両方区民が使用した場合
 症状が重い患者の症状のみを記入し、他の患者は空欄にする。
 それ以外の場合
 両者とも症状を記入する。

重症	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0
中等症	1	1	1	1														
中等症	0	0	0	0														
軽症	1	1	1	1														
無症状	0	0	0	0														
疑い	0	0	0	0														

赤枠のセルは直接入力をおこなわないこと

所要額算定表（第1期：令和4年4月1日～令和4年6月30日）

4月 確保病床数	10	4月 区民使用病床数	183		
4月 重症	3	4月 中等症	30	4月 その他の症状	150

補助事業	重症者使用病床	単価	積算根拠（単価×使用病床数）	計
専用病床の確保	10	24,000	@24,000× 10 床	240,000
	中等症 使用病床	単価	積算根拠（単価×使用病床数）	計
	90	16,000	@16,000× 90 床	1,440,000
	その他症状使用病床	単価	積算根拠（単価×使用病床数）	計
	400	8,000	@8,000× 400 床	3,200,000

合計
 4,880,000 円

転院先（受入れ先）の施設名となります。

令和4年〇〇月〇〇日

医療法人社団〇〇会〇〇病院

理事長

殿

世田谷区新型コロナウイルス感染症対応医療機関等支援事業補助金
新型コロナウイルス感染症回復後患者転院証明書

「世田谷区新型コロナウイルス感染症医療機関等支援事業補助金」の対象となる新型コロナウイルス感染症回復後患者の転院について、下記のとおり証明します。

記

病院等から発行される転院証明書に同等の記載内容があれば、区の様式を使用する必要はありません。

1 患者情報

- (1) 退院基準を満たした日 令和4年4月6日
(2) 転院した日 令和4年4月7日
(3) 転院の理由 回復基準を満たしたがADLが低下しており、リハビリが必要なため。

2 その他

「世田谷区新型コロナウイルス感染症対応医療機関等支援事業補助金」に係る「実施状況報告・実績報告書」（第8号様式（第12条、第13条関係））を提出する際に、本証明書の写しを添付すること。

転院元の施設名、押印が必要となります。

所在地 世田谷区〇〇×丁目 番号

名称 医療法人社団 会 病院

代表者 理事長 印

赤字部分が記入必要箇所となります。

第11号様式（第16条関係）

令和4年〇〇月〇〇日

世田谷区長 あて

申請者 住所 世田谷区 ×丁目 番号
氏名 医療法人社団〇〇会 病院
理事長

交付決定通知書の右上の日付、番号を記載します。
判断に迷う場合は記入しないようにしてください。

(法人等にあり) 交付申請時と同じ印を使用してください。

世田谷区新型コロナウイルス感染症対応医療機関等支援事業補助金交付請求書

令和4年〇月〇日4保福政第 号で交付決定通知を受けた新型コロナウイルス
感染症対応医療機関等支援事業補助金について、令和4年 月 日4保福政第
号で交付額の確定の通知を受けたので、下記のとおり請求します。

交付額確定通知書の右上の日付、番号を記載します。
判断に迷う場合は記入しないようにしてください。

記

- 第1期の補助事業実施分
- 第2期の補助事業実施分

金 12,545,000円