事業計画書

（「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」）

以下は、申請額・基準額確認表（新型コロナウイルス感染症に係る救急医療等体制確保事業の支給額試算・確認ツール）で確認した内容を参考に記載ください。（ＭＳゴシック推奨）

１　申請医療機関の区分等

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名  （法人名不可） |  | | 保険医療機関コード[10桁] |  | 病床数※ | 床 |
| 該当する区分  ①～⑧のうち該当するものを選択（複数可） | | 選択番号： | | | | |
| ⑧の場合（具体的内容）： | | | | |
| ① 救命救急センター等の三次救急医療機関、　② 二次救急医療機関  ③ 総合又は地域周産期母子医療センター、　④ 周産期協力病院  ⑤ 小児中核病院、　⑥ 小児地域医療センター、　⑦ 小児地域医療支援病院  ⑧ その他の救急医療機関（精神科救急医療機関等） | | | | |

※　一般病床、療養病床、精神病床、感染症病床、結核病床の許可病床数の合計（令和２年４月１日時点。ただし、増床や新規開院をしている場合は「申請を行う日」の許可病床数）

２　疑い患者を診療する医療機関としての県への登録

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 該当するものに○  （複数可） | | 区分 | | 特記事項  特に説明する内容  がある場合に記載 |
|  | 陽性患者も受け入れる場合「○」 |
| 登録可 |  | ①　小児の疑い患者に対応可能 |  |  |
|  | ②　妊産婦の疑い患者に対応可能 |  |
|  | ③　①②以外の疑い患者に対応可能 |  |

注１　登録可に｢○｣がない場合は、本事業の対象機関とはなりません。

注２　登録した医療機関は、県が作成する「新型コロナウイルス感染症を疑う患者を診療する医療機関」リストに掲載されます。

このリストは、一般に公表はしませんが、国のほか患者の受入調整を行う県・保健所設置市等の関係部署、消防機関その他患者の受入調整に従事する関係者との間で共有する予定です。

注３　本事業を実施する医療機関は、救急隊から疑い患者の受入れ要請があった場合、一時的にでも当該患者を受け入れてください。ただし、受入れ患者の入院加療が必要と判断された場合、受入れた医療機関の空床状況等から、他院への転院搬送を行うことは差し支えありません。

３　実施事業の選択

該当するものに「○」を記入してください（事業は複数選択可能）。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 設備等整備 |  |  | 「兵庫県医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」を申請しておらず、申請予定もない。  ※　該当する場合、右欄に「○」を記入ください。本事業との重複申請はできません。 |  |
| 支援金 |  |

４　事業内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象設備等 | 補助対象経費 | 説明（内訳：種類・数等） |
| (1) 初度設備費（新設、増設に伴う初度設備を購入するために必要な需要品(消耗品)及び備品購入費） |  | （対象病床数：　　　　　　　） |
| (2) 個人防護具 (マスク、ゴーグル、ガウン、グローブ、キャップ、フェイスシールド) |  | （対象人数：　　　　　　　　） |
| (3) 簡易陰圧装置 |  | （対象病床数：　　　　　　　） |
| (4) 簡易ベッド |  | （台数：　　　　　　　　　　） |
| (5) 簡易診療室及び付帯する備品 |  |  |
| (6) HEPAフィルター付き空気清浄機 |  |  |
| (7) HEPAフィルター付きパーテーション |  | （台数：　　　　　　　　　　） |
| (8) 消毒経費 |  |  |
| (9) 新型コロナウイルス感染症を疑う患者の診療に要する備品  ※ 救急医療を担う医療機関のみ |  |  |
| (10)保育器  ※ 周産期医療又は小児医療を担う医療機関のみ |  | （台数：　　　　　　　　　　） |
| 計 |  |  |

（１）設備等整備　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

注１　救急・周産期・小児医療において疑い患者を受け入れるために要するもののみが対象です。実績報告にあたっては、設備等の整備内容の結果について報告を求めますので、あらかじめ十分に検討ください（事業計画で提出した内容であっても、事後に明らかに不適切な経費と判断した場合は、対象経費として認めない場合があります）。

注２（1）～(10）の計は、補助金所要額調（別紙１－２）の｢対象経費の支出予定額（D）｣上段欄と金額が一致することを確認ください。

（２）支援金　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 取組の内容 | 費　目 | 補助対象経費 | 説　　明 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 計 | |  |  |

注１ ｢取組の内容｣欄には、支援金を充てる感染拡大防止対策や診療体制確保等の取組の内容を、｢費目｣欄は、旅費、需用費（消耗品費、印刷製本費等）等の各経費の性質ごとに記載してください。｢説明｣欄には、費目及び補助対象経費ごとに具体的な使途などを記載ください。

注２ 計は、補助金所要額調（別紙１－２）の｢対象経費の支出予定額（D）｣下段欄と金額が一致することを確認ください。

５　精算払希望の有無

　　本事業に伴う補助金の交付は、事業の性質上から判断し、原則として概算払い（金額が未確定の場合においてあらかじめ、概算金額を交付し、金額が確定したときに精算する支払方式）により実施します。この場合、事後に金額が確定した際、不要額がある場合は、返金を行う必要が生じます。

なお、事情により所要額について金額確定後の精算での支払いを希望する場合は、下欄に｢○｣を記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 事前の概算払いは不要であり、金額確定後の精算払いを希望します。 |  |
|

　　（※　通常は、記入の必要はありません。）

（申請に係る連絡先）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | | | |
| 所在地 |  | | | |
| 担当課・者 |  | | | |
| 連絡先 | 電話 |  | FAX |  |
| E-mail |  | | |

事業計画書は以上です。