

「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金交付事業」医療機関等の申請マニュアル

1 申請書等の記載

各医療機関等で記載いただくのは、以下の様式となります。以下に様式ごとに内容と記載いただく上での留意事項を記載しておりますので、ご確認ください。

【様式第1号】医療機関等情報 新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金

【必須記載項目】

- ① 申請日
- ② 委託会社等の医療従事者等の申請の有無
- ③ 医療機関等コード
- ④ 施設名称
- ⑤ 管理者職名
- ⑥ 管理者氏名
- ⑦ 連絡先
- ⑧ 所在地
- ⑨ 国等制度上の問題の把握
- ⑩ 患者受入に関する確認
- ⑪ 口座情報に関する確認
 - ・債権譲渡の有無（回答によって以下が変わります）
 - ・（都道府県への情報共有）
- ⑫ は債権譲渡されている場合に表示されます
- ⑬ 口座情報
- ⑭ 申請対象者の人数
- ⑮ 慰労金申請額
- ⑯ 振込手数料
- ⑰ 合計申請額

様式第1号		【医療機関→関係連→都道府県】医療機関情報 新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金		①電子申請用
申請日	(入力形式) 西暦4桁 / 月 / 日 (※祭日は、支店コードにのみ適用)	委託会社等の医療従事者等の申請の有無	※ありを選択すると様式(3)シートが表示されます。	
施設概要				
助産所コードを有さない助産所は「9999999999」を入力してください				
医療機関コード(10桁)		施設名称(施設名称)	医療機関コード、10桁を入力すると、自動表示されます。	
管理者職名		管理者氏名	※申請者は管理職となります。自動表示(15桁)は入力も可能です。	
連絡先	担当部署	担当者氏名	連絡先電話番号	連絡先メールアドレス
所在地	郵便番号	都道府県名	市区町村以降	
国又は自治体が設置する医療機関等において制度上の問題により、医療従事者への迅速な支払いができない医療機関である				
自給体制において補正予算の列支が途中でやむことできる場合には通常通り、食医連携等において実施することができます。				
申請医療機関等の新型コロナウイルス感染症患者の受け入れ等について				
当該都道府県における始期【A】(自動入力)	【注釈】 1. 新型コロナウイルス感染症患者の人数受入を制限する医療機関 2. 訪問看護ステーション 3. 感染症-検疫センターを開設する医療機関 4. 感染症-検疫センターを開設する医療機関 5. 感染症-検疫センターを開設する医療機関 6. 感染症-検疫センターを開設する医療機関			
施設類型(リストから選択してください)	**印刷番号			
都道府県から役割指定を受けた日【B】	(形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り			
新型コロナウイルス感染症患者を最初に受け入れた日	(形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り			
対象期間起日(自動入力)	施設類型2～5については、【A】【B】いずれか早い日			
口座情報				
債権譲渡されていない場合は、「はい」を選択して下さい。債権譲渡されている場合は、債権譲渡されている口座への振込金の振込ができませんので、債権譲渡されていない口座の振込を提出していただく必要があります。	はい			
関係連会社による当該口座の債権譲渡に関する確認結果が都道府県に共有されることに同意する	はい	本事業は関係連会社のシステムを利用し全額を申請して申請します。交付の過程において、関係連会社との関係連会社による関係連会社からの振込が、関係連会社から共有されることとなります。同意いただける場合は「はい」を選択して下さい。		
関係連会社に登録されている口座情報を本事業の振込に使用することに同意する	はい	同意いただける場合は、「はい」を選択して下さい。		
※今回の慰労金は、所得課税の非課税規定に基づき、非課税所得に該当します。また、令和二年度特別定額給付金等に係る控除等に関する法律に基づき、支給額について、繰り越し、担保に供し、又は差し押さえられることが防止され、支給を受けた金額についても、差し押さえられることが防止されています。				
※なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみに用い、その他の目的で使用されることはありません。				
口座情報				
債権譲渡されていない場合は、「はい」を選択して下さい。債権譲渡されている場合は、債権譲渡されている口座への振込金の振込ができませんので、債権譲渡されていない口座の振込を提出していただく必要があります。	はい			
債権譲渡されていない口座情報をご確認ください				
金融機関名	金融機関コード	支店名	支店コード	
預金種類 1: 普通 2: 当座 4: 貯蓄	口座番号(左詰め)			
(フリガナ)				
取引口座名				
上記の口座情報を都道府県が本事業の振込に使用することに同意する				
※今回の慰労金は、所得課税の非課税規定に基づき、非課税所得に該当します。また、令和二年度特別定額給付金等に係る控除等に関する法律に基づき、支給額について、繰り越し、担保に供し、又は差し押さえられることが防止され、支給を受けた金額についても、差し押さえられることが防止されています。				
※なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみに用い、その他の目的で使用されることはありません。				
慰労金交付申請額				
項目	人数	申請額(円)		
慰労金	0	0		
振込手数料		0		
合計申請額(円)		0		

【① 申請日】

記入を完了して、申請書等を提出する日を記載してください。

【② 委託会社等の医療従事者等の申請の有無】

自医療機関等に勤務する委託会社等の医療従事者等の申請がある場合は「あり」と記載してください。

【③ 医療機関等コード】

都道府県番号 2桁(兵庫県は「28」、点数表番号 1桁、郡市区番号 2桁、医療機関等番号 4桁、検証番号 1桁の算用数字を組み合わせた計 10桁の医療機関等コードを記載してください。(助産所コードを有さない助産所は「999999999」を記載してください。)

医療機関等 コード (10桁)	1	3	3	4	5	6	7	8	9	0
	都道府県 番号		点数表 番号	郡市区 番号	医療機関等 番号			検証 番号		

(参考) 別紙 点数表番号一覧

【④ 施設名称】

施設の名称を記載してください。

施設名称	医療法人社団〇〇〇 △△△病院
------	-----------------

【⑤ 管理者職名】・【⑥ 管理者氏名】

管理者の職名及び氏名を記載してください。

管理者職名	病院長	管理者氏名	〇〇〇〇
-------	-----	-------	------

【⑦ 連絡先】

申請内容に疑義や不備等があった場合に、確認させていただく際の連絡先を記載してください。

連絡先	担当部署	担当者氏名	連絡先電話番号	連絡先メールアドレス
	〇〇部	〇〇〇〇	03-xxxx-xxxx	〇〇〇〇@〇〇.〇〇

【⑧ 所在地】

施設の所在値を記載してください。

所在地	郵便番号								都道府県名	市区町村以降
	1	2	4	-	0	0	1	2	東京都	千代田区霞が関1-1-1

【⑨ 国等制度上の問題の把握】

国又は自治体が設置する医療機関等において制度上の問題により、医療従事者への迅速な振込ができない医療機関である	はい	自治体等において補正予算の対応が速やかに行うことができる場合には通常通り、貴医療機関等において受領することができます。
--	----	---

国又は地方自治体が設置する医療機関等については、速やかな補正予算措置ができず、慰労金を迅速に医療従事者等に給付できない場合があります。国又は地方自治体が設置する医療機関等であっても、補正予算による対応等により医療機関等で慰労金を受け入れて医療従事者等に支出することができる場合には、「いいえ」と記載してください。国又は地方自治体が設置する医療機関等であって、補正予算措置ができず医療機関等で慰労金を受

け入れて医療従事者等に支出することができない場合には、「はい」と記載してください。

こちらで「はい」と記載した場合の委任状は、様式第4号の1及び様式第4号の2（通常は様式第3号の1及び様式第3号の2）を使用してください。

なお、独立行政法人（例えば、国立病院機構等）の医療機関等は、「いいえ」と記載してください。

※ ご不明な場合は、自医療機関等の会計担当者等にご確認ください。

「はい」と記載した国又は地方自治体が設置する医療機関等は、対象となる医療従事者等から慰労金の代理申請の委任状を集めた上で、兵庫県新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業事務局（以下「事務局」という。）に申請書等を提出しますが、医療従事者等への慰労金の給付は、兵庫県から行うこととなります。

【⑩ 患者受入に関する確認】

申請医療機関等の新型コロナウイルス感染症患者の受け入れ等について		
当該都道府県における始期【A】(自動入力)	2020/1/24	【施設類型】 1 新型コロナウイルス感染症患者の入院受入を割り当てた医療機関 2 帰国者・接触者外来を設置する医療機関 3 地域外来・検査センター 4 宿泊療養受入施設での対応 5 自宅療養を行う場合の新型コロナウイルス感染症患者に対するフォローアップ業務 6 1～5以外の病院及び診療所 7 訪問看護ステーション 8 助産所
施設類型(リストから選択してください)	1	← 施設番号
都道府県から役割指定を受けた日【B】	2020/3/1	(形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り
新型コロナウイルス感染症患者を最初に受け入れた日	2020/4/1	(形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り ※「最初に受け入れた日」は、新型コロナウイルス感染症患者に対して入院診療等を行った日(帰国者・接触者外来を設置する医療機関においては、疑い例を含め診療を行った日)となります。
対象期間起点日(自動入力)	2020/1/24	施設類型2～5については、【A】【B】いずれか早い日

「当該都道府県における始期」は、「令和2年3月1日」と記載してください。

「施設類型」は、以下のいずれかから、該当する施設類型の番号を記載してください。

1. 新型コロナウイルス感染症患者の入院受入を割り当てた医療機関
2. 帰国者・接触者外来を設置する医療機関
3. 地域外来・検査センター
4. 宿泊療養受入施設での対応
5. 自宅療養を行う場合の新型コロナウイルス感染症患者に対するフォローアップ業務
6. 1～5以外の病院及び診療所
7. 訪問看護ステーション
8. 助産所

上記で1～5のいずれかを記載した場合、「都道府県から役割指定を受けた日」を記載してください。

「新型コロナウイルス感染症患者を最初に受け入れた日」は、新型コロナウイルス感染症患者に対して入院診療等を行った日（帰国者・接触者外来を設定する医療機関及び地域外来・検査センターにおいては、疑い例を含め診療等を行った日）となります。また、都道府県等から役割を設定されていない医療機関等で、院内感染等が発生するなどし、新型コロナウイルス感染症患者の入院受入した場合は、新型コロナウイルス感染症患者に対して入院診療を行った日となります。

「対象期間起点日」は、「令和2年3月1日」と記載してください。

【⑪ 口座情報に関する確認】・【⑫ 口座情報】

口座情報は、別添の「口座番号登録票」にて登録いただきますので、空欄のままで差し支えありません。

【⑬ 申請対象者の人数】・【⑭ 慰労金申請額】・【⑮ 振込手数料】・【⑯ 合計申請額】

「申請対象者の人数」は、様式第2号、様式第5号に記載した申請対象者の人数の合計を記載してください。

「慰労金申請額」は、様式第2号、様式第5号に記載した慰労金申請額の合計金額を記載してください。

「振込手数料」は、見込まれる額を記載してください。

「合計申請額」は、⑭+⑮の合計額を記載してください。

科目	人数	申請額 (円)
慰労金	15	1,500,000
振込手数料		3,000
合計申請額 (円)		1,503,000

【様式第2号】給付対象内訳 新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金

(1) 概要

様式第2号は、自医療機関等の医療従事者等及び退職者等で、慰労金の代理申請を行う方の氏名等を記載いただくものです。

様式第1号で「国又は地方自治体が設置する医療機関等において制度上の問題により医療従事者等への迅速な振込みができない医療機関等である」に「はい」と記載した場合は、様式第2号の⑩医療従事者等個人の口座情報を記載していただくこととなります。該当する医療機関等の医療従事者等には、兵庫県から慰労金の給付が行われます。

(2) 項目ごとの説明

※「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（医療分）実施要綱」3.17.1(4)に該当する。
※必要に応じて「医療機関等のシステム等からCSVデータに落とし込んだものを貼り付けるなどの方法で作成してください。」

水色セルに入力してください。
白色セルは、自動表示されます。

⑩

給付対象	※【B】「コロナ患者受入以降の勤務」の定義	10日以上勤務かつ【B】10日以上勤務かつ【B】の勤務実績あり	10日以上勤務かつ【B】10日以上勤務かつ【B】の勤務実績なし
1. 新型コロナウイルス感染症患者の入院受入に伴い直下の医療機関	施設受入以降の勤務、勤務実績あり	20万円	10万円
2. 施設受入・検査センター	施設・検査受入以降の勤務、勤務実績あり	20万円	10万円
3. 検査センター・検査センター	施設・検査受入以降の勤務、勤務実績あり	20万円	10万円
4. 検査センター・検査センター	施設受入以降の勤務、勤務実績あり	20万円	10万円
5. 検査センター・検査センター	施設受入以降の勤務、勤務実績あり	20万円	10万円
6. 検査センター・検査センター	施設受入以降の勤務、勤務実績あり	20万円	10万円
7. 検査センター・検査センター	施設受入以降の勤務、勤務実績あり	20万円	10万円
8. 検査センター・検査センター	施設受入以降の勤務、勤務実績あり	20万円	10万円

様式第2号

【医療機関一国保連一都道府県】給付対象内訳_新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金

責任状カウント OK

合計申請額 (円) 150,000

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨

管理番号 〔平仮数字〕 1からの 自動連番	医療機関コード	申請する 医療機関等 名称	給付申請 金額	施設受入後の勤務情報等 チェック 【C】施設受入後の勤務実績 に、「はい」の入力が有ると、左欄に 他施設の入力欄が表示されます。	氏名 (漢字) 姓と名との間に 全角スペース 1個	フリガナ (平仮数字) 姓と名との間に 全角スペース 1個	生年月日 西暦/年角 スラッシュ区切り 表示は必須になります	性別 男 女	【A】1~8 起点日から 6/30までの期間 における 延べ 勤務日数 (ワス入欠) 勤務実績(※) (有/無し)	【B】 申請する 医療機関等 での コロナ患者受入 以降の 勤務実績(※) (有/無し)	【C】 施設受入後等 での 勤務実績 (有/無し)	責任状 徴収済
1	010000000000	医療法人○○△△病院	50,000		東京 一郎	トキヨウ イチロウ	平成2年1月1日	1	10日以上	無し	無し	済
2	010000000000	医療法人○○△△病院	50,000		大阪 次郎	オオサカ ジョウ	平成2年1月2日	1	10日以上	無し	無し	済
3	010000000000	医療法人○○△△病院	50,000		千葉 三郎	チバ さん	平成2年1月3日	1	10日以上	無し	無し	済

①医療機関等コード

様式第1号に記載した医療機関等コードを記載してください。

②申請する医療機関等

様式第1号に記載した医療機関等の名称を記載してください。

③給付申請金額

県ホームページ等を参照して、正しい金額となっていることをご確認ください。

⑤給付対象者の氏名・フリガナ・生年月日・性別

医療従事者等の氏名・フリガナ・生年月日・性別等を記載してください。

※氏名及びフリガナの記載に際しては、苗字と名前の間を1文字開けてください。

⑥【A】起点日から6/30までの延べ勤務日数

様式第1号にある対象期間起点日（兵庫県は「令和2年3月1日」）から、令和2年6月

30日までの延べ勤務日数（複数の医療機関等に勤務し通算する場合には、申請医療機関以外の医療機関等での勤務日数も含めてください）を記載してください。なお、10日以上の場合は「10日以上」と記載してください。

⑦【B】申請する医療機関等でのコロナ患者受入以降の勤務実績（有り／無し）

申請する医療機関等において、新型コロナウイルス感染症患者受入以降に勤務実績があれば「有り」、ない場合は「無し」と記載してください。（他に勤務する医療機関等での勤務実績は含めないでください）

⑧【C】他施設での勤務実績（有り／無し）

他施設での勤務実績が有る場合は「有り」、勤務実績が無い場合は「無し」と記載してください。「有り」と記載した場合は、様式第2号の2枚目に、他施設での勤務実績を記載してください。

※⑥～⑧は代理申請（・受領）を行う全ての医療従事者等について、もれなく記載してください。

⑨委任状徴収済欄

給付対象者から委任状を集めた場合は、「済」と記載してください。

⑩ ⑦における「コロナ患者受入以降の勤務」の定義を記載しています。記載に際しての参考としてください。

<様式第1号で「国又は自治体が設置する医療機関等において制度上の問題により、医療従事者への迅速な振込ができない医療機関である」欄について「はい」と記載した場合には、「委任状徴収済」欄の右にある以下の欄に必要事項を記載してください。>

◆

都道府県が債主登録を行う際に必要な情報

⑩

委任状 徴収済	金融機関名	金融機関 コード	支店名	支店番号 (店番)	預金種別 1:普通 2:当座 4:貯蓄	口座番号	口座名義 (半角カタカナ) 姓と名の間に 半角スペース1個
済							
済							
済							

⑩給付対象者の口座情報の記載

兵庫県から慰労金の振込みを行うための医療従事者等個人の口座情報を記載してください。

様式第2号の⑧で「他医療機関等での勤務実績」について「有り」と記載した場合は、以下の欄に、他医療機関等での勤務実績がある医療従事者等の勤務実績等を記載してください。

⑫ 【施設類型】 1～3		【施設類型】 4～5		【施設類型】 6～8	
1 新型コロナウイルス感染症患者の入院受入を割り当てた医療機関		4 宿泊療養受入施設での対応		6 1～5以外の病院及び診療所	
2 帰国者・接触者外来を設置する医療機関		5 自宅療養を行う場合の新型コロナウイルス感染症患者に対するフォローアップ業務		7 訪問看護ステーション	
3 地域外来・検査センター				8 助産所	
他医療機関等での勤務実績あり (1番～3番)		他医療機関等での勤務実績あり (4番～5番)		他医療機関等での勤務実績あり (6番～8番)	
⑬ 医療機関等名称 複数の場合はどこか、1か所		⑬ 医療機関等名称 複数の場合はどこか、1か所		⑬ 医療機関等名称 複数の場合はどこか、1か所	
⑭ 申請する施設等以外 1番～3番の合算		⑭ 申請する施設等以外 4番～5番の合算		⑭ 申請する施設等以外 6番～8番の合算	
⑮ 申請する施設等以外 【A】1～3 起点日から6/30までの期間における 延べ勤務日数 (リスト入力) 1日～10日以上		⑮ 申請する施設等以外 【B】4～5 申請する医療機関等以外での コロナ患者受入以降の 勤務実績(※) (塗り/無し)		⑮ 申請する施設等以外 【C】6～8 申請する医療機関等以外での コロナ患者受入以降の 勤務実績(※) (塗り/無し)	

⑫ 施設類型区分

【施設類型】 1～3は、

- 1 新型コロナウイルス感染症患者の入院受入を割り当てた医療機関
- 2 帰国者・接触者外来を設置する医療機関
- 3 地域外来・検査センター

【施設類型】 4・5は、

- 4 宿泊療養受入施設での対応
- 5 自宅療養を行う場合の新型コロナウイルス感染症患者に対するフォローアップ業務(兵庫県では想定なし)

【施設類型】 6～8は、

- 6 1～5以外の病院及び診療所
- 7 訪問看護ステーション
- 8 助産所

(※以下の⑬～⑮は、当該医療従事者等が勤務した医療機関等の施設類型に沿って、該当箇所に記載してください。)

⑬ 医療機関等名称

勤務した他の医療機関等の名称を記載してください。

⑭ 起点日(兵庫県は「2020/3/1」)から6/30までの延べ勤務日数

他の医療機関等での勤務日数を記載してください。10日以上の場合は「10日以上」と記載してください。

⑮ 申請する医療機関等以外でのコロナ患者受入以降の勤務実績(※)(有り/無し)

勤務した他の医療機関等で新型コロナウイルス感染症患者を受け入れて以降に勤務した場合は「有り」、していない場合は「無し」と記載してください。

【様式第3号の1・様式第3号の2】慰労金の代理申請・受領の委任状

(1) 概要

慰労金については、原則として、医療機関等が、医療従事者等から委任を受けて、代理申請・受領を行い、医療機関等から医療従事者等に給付いただくこととしています。様式第3号の1・様式第3号の2は、医療従事者等が医療機関等の管理者に対して慰労金の代理申請・受領の委任等を行うための委任状の様式です。

委任状には、代理申請・受領を医療機関等の管理者に委任する前提として、①個人申請及び他の医療機関や介護・障害施設からの慰労金の申請を行わないこと、②申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から慰労金の給付を受けた場合は、不当利得として速やかに兵庫県に慰労金を返還することを記載しています。

様式第3号の1は職場単位等でまとめて委任状を集める場合を、様式第3号の2は個人単位で委任状を集める場合をそれぞれ想定しています。どちらか一方の様式により、医療従事者等から委任状を集める必要がありますので、自医療機関等の実情に応じてどちらかの様式を選択（併用可能）いただき、医療従事者等に対して、委任状の内容確認を行った上で署名等を行うよう依頼してください。

委任状を集めた医療従事者等については、様式第2号の「委任状徴収済」欄について「済」と記載してください。

(注) 委任状の提出がない医療従事者等については、慰労金の代理申請・受領を行うことはできません。

医療従事者等から提出された委任状については、医療機関等で保管してください。審査や精算事務を行う過程で必要に応じて兵庫県から提出を求めることがありますので、代理申請・受領を行う医療従事者等全員分の委任状を集めるよう、お願いします。

(2) 項目ごとの説明

【様式第3号の1】

- ① 宛先
- ② 代理申請・受領者
- ③ 委任状本文
- ④ 対象者氏名
- ⑤ 押印
- ⑥ 生年月日
- ⑦ 住所 (対象者による自署)
- ⑧ 申請及び受領を委任する金額

様式第3号の1

① 東京都知事 殿

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(医療分)における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 代理申請・受領委任状

下記の者は、

① 今回の新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請以外に、個人申請並びに他の医療機関や介護・障害施設から慰労金の給付申請を行わないこと及び、

② 申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から慰労金の給付を受けた場合は、不当利得として速やかに東京都知事 殿に慰労金を返還することを確認・誓約し、

② 医療法人〇〇 △△病院 院長 厚労 太郎 を代理申請・受領者と定め、新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請及び受領に関する権限を委任します。

(注意事項)

- ・ この委任状は、都道府県への提出は不要です。ただし、慰労金の代理申請及び受領を証するものとして、都道府県からの求めがあった場合に速やかに提出できるよう、医療機関等において、適切に保管しなければなりません。

記

④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧

(※自署もしくは(捺印))

管理番号	氏名(選定)	生年月日	住所(自署)	申請及び受領を委任する金額
------	--------	------	--------	---------------

【様式第3号の2】

- ① 宛先
- ② 所属
- ③ 氏名 (対象者による自署)
- ④ 住所 (対象者による自署)
- ⑤ 生年月日 (対象者による自署)
- ⑥ 代理申請・受領者
- ⑦ 申請及び受領を委任する金額

様式第3号の2

① 東京都知事 殿

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(医療分)における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 代理申請・受領委任状

② 所 属： 医療法人〇〇 △△病院

③ 氏 名： (自署)

④ 住 所： (自署)

⑤ 生年月日： (自署)

私は、下記の事項を確認・誓約し、⑥ 医療法人〇〇 △△病院 院長 厚労 太郎 を代理申請・受領者と定め、新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 ⑦ 円 の申請及び受領に関する権限を委任します。

記

1. 今回の新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請以外に、個人申請並びに他の医療機関や介護・障害施設から慰労金の給付申請を行わないこと。

2. 申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から慰労金の給付を受けた場合は、不当利得として速やかに 東京都知事 殿に慰労金を返還すること。

(注意事項)

- ・ この委任状は、都道府県への提出は不要です。ただし、慰労金の代理申請及び受領を証するものとして、都道府県からの求めがあった場合に速やかに提出できるよう、医療機関等において、適切に保管しなければなりません。

【様式第4号の1・様式第4号の2】国立等医療機関等用の慰労金の代理申請の委任状

(1) 概要

様式第1号で「国又は地方自治体が設置する医療機関等において制度上の問題により医療従事者等への迅速な振込みができない医療機関等である」に「はい」と記載した医療機関等は、対象となる医療従事者等から慰労金の代理申請の委任状を集めた上で、兵庫県(事務局)に申請書等を提出しますが、医療従事者等への慰労金の給付は、兵庫県から行うこととなります。様式第4号の1・様式第4号の2は、当該医療機関等の医療従事者等が医療機関等の管理者に対して慰労金の代理申請の委任を行うための委任状の様式です。

※ 該当するのは、国又は地方自治体が設置する医療機関等であって、補正予算措置が

できず医療機関等で慰労金を受け入れて医療従事者等に支出することができない医療機関等です。なお、独立行政法人（例えば、国立病院機構等）の医療機関等は、該当しません。

※ ご不明な場合は、自医療機関等の会計担当者等にご確認ください。

委任状には、代理申請を医療機関等の管理者に委任する前提として、①個人申請及び他の医療機関や介護・障害施設からの慰労金の申請を行わないこと、②申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から慰労金の給付を受けた場合は、不当利得として速やかに兵庫県に慰労金を返還することを記載しています。

様式第4号の1は職場単位でまとめて委任状を集める場合、様式第4号の2は個人単位で委任状を集める場合をそれぞれ想定しています。どちらか一方の様式により、医療従事者等から委任状を集める必要がありますので、自医療機関等の実情に応じてどちらかの様式を選択（併用可能）いただき、医療従事者等に対して、委任状の内容確認を行った上で署名等を行うよう依頼してください。

委任状を集めた医療従事者等については、様式第2号の「委任状徴収済」欄に「済」と記載してください。

（注）委任状の提出がない医療従事者等については、慰労金の代理申請を行うことはできません。

医療従事者等から提出された委任状については、医療機関等で保管してください。審査や精算事務を行う過程で必要に応じて兵庫県から提出を求めることがありますので、代理申請を行う医療従事者等全員分の委任状を集めるよう、お願いします。

(2) 項目ごとの説明

【様式第4号の1】

- ① 宛先
- ② 代理申請者
- ③ 委任状本文
- ④ 対象者氏名
- ⑤ 押印
- ⑥ 生年月日
- ⑦ 住所（対象者による自署）
- ⑧ 申請を委任する金額

(※代理受領不可の場合)
様式第4号の1

① 東京都知事 殿

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 代理申請委任状

下記の者は、

① 今回の新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請以外に、個人申請並びに他の医療機関や介護・障害施設から慰労金の給付申請を行わないこと及び、

② 申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から慰労金の給付を受けた場合は、不当利得として速やかに東京都知事 殿に慰労金を返還することを確認・誓約し、

② 医療法人〇〇 △△病院 院長 厚労 太郎 を代理申請・受領者と定め、新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請に関する権限を委任します。

(注意事項)

- ・ この委任状は、都道府県への提出は不要です。ただし、慰労金の代理申請を証するものとして、都道府県からの求めがあった場合に速やかに提出できるよう、医療機関等において、適切に保管しなければなりません。

記

④ ※自署もしくは署名捺印 ⑤ ⑥ ⑦ ⑧

管理番号	氏名（漢字）	生年月日	住所（自署）	申請及び受領を委任する金額
------	--------	------	--------	---------------

【様式第4号の2】

- ① 宛先
- ② 所属
- ③ 氏名（対象者による自署）
- ④ 住所（対象者による自署）
- ⑤ 生年月日（対象者による自署）
- ⑥ 代理申請者
- ⑦ 申請を委任する金額

(※代理受領不可の場合)
様式第4号の2

① 東京都知事 殿

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 代理申請委任状

② 所 属： 医療法人〇〇 △△病院

③ 氏 名：（自署）

④ 住 所：（自署）

⑤ 生年月日：（自署）

私は、下記の事項を確認・承諾し、⑥ 医療法人〇〇 △△病院 院長 厚労 太郎 を代理申請者と定め、新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 ⑦ 円の申請に関する権限を委任します。

記

1. 今回の新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請以外に、個人申請並びに他の医療機関や介護・障害施設から慰労金の給付申請を行わないこと。

2. 申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から慰労金の給付を受けた場合は、不当利得として速やかに 東京都 知事に慰労金を返還すること。

(注意事項)

- ・ この委任状は、都道府県への提出は不要です。ただし、慰労金の代理申請を証するものとして、都道府県からの求めがあった場合に速やかに提出できるよう、医療機関等において、適切に保管しなければなりません。

【様式第5号及び別紙】委託会社等から医療機関等への代理申請・受領依頼及び申請者一覧

(1) 概要

委託会社等の医療従事者等についても、自医療機関等の医療従事者等と同様の整理で、慰労金の給付対象となる場合があります。自医療機関等で勤務する委託会社等の医療従事者等についても、医療機関等が、当該医療従事者等から委任を受けて、代理申請・受領を行っていただくこととしています。様式第5号及び別紙は、医療機関等に対して委託会社等が医療従事者等の慰労金の代理申請・受領に関して依頼を行うための依頼状及び対象となる医療従事者等の名簿です。

医療機関等は、委託会社等と調整して、対象となる医療従事者等を整理いただき、委託会社等に対し、様式第5号及び別紙の提出および委託会社等の医療従事者等に係る慰労金の代理申請・受領の委任状（文面は、代理申請・受領を行う場合は様式第3号の1・様式第3号の2、代理申請のみ行う場合は様式第4号の1・様式第4号の2によりますので、

⑥法人名

雇用されている委託会社等の名称を記載してください。

⑦【A】 起点日から 6/30 までの延べ勤務日数

様式第 1 号にある対象期間起点日（兵庫県は「令和 2 年 3 月 1 日」）から、令和 2 年 6 月 30 日までの延べ勤務日数（複数の医療機関等に勤務し通算する場合には、申請する医療機関以外の医療機関等での勤務日数も含めてください）を記載してください。なお、10 日以上の場合には「10 日以上」と記載してください。

⑧【B】 申請する医療機関等でのコロナ患者受入以降の勤務実績（有り／無し）

申請する医療機関等において新型コロナウイルス感染症患者受入以降に勤務実績があれば「有り」、ない場合は「無し」と記載してください。（他に勤務する医療機関等での勤務実績は含めないでください）

⑨【C】 他施設での勤務実績（有り／無し）

他施設での勤務実績が有る場合は「有り」を、勤務実績が無い場合は「無し」と記載してください。「有り」と記載した場合は、様式第 5 号の 2 枚目に、他施設での勤務実績を記載してください。

※⑦～⑨は代理申請・受領を行う全ての医療従事者等について、もれなく記載してください。

⑩委任状徴収済欄

給付対象者から委任状を集めた場合は、「済」と記載してください。

⑩⑦における「コロナ患者受入以降の勤務」の定義を記載しています。記載に際しての参考としてください。

<様式第 1 号で「国又は自治体が設置する医療機関等において制度上の問題により、医療従事者への迅速な振込ができない医療機関である」欄について「はい」と記載した場合に、「委任状徴収済」欄の右にある以下の欄に必要事項を記載してください。>

◆ ◆ 都道府県が債主登録を行う際に必要な情報

⑫

委任状 徴収済	金融機関名	金融機関 コード	支店名	支店番号 (店番)	預金種別 1:普通 2:当座 4:貯蓄	口座番号	口座名義 (半角カタカナ) 姓と名の間に 半角スペース1個
済							
済							
済							
済							

⑫給付対象者の口座情報の記載

兵庫県から慰労金の振込みを行うための医療従事者等個人の口座情報を記載してください。

＜様式第5号別紙の⑨で「他医療機関等の勤務実績」について「有り」と記載した場合は、以下の欄に、他医療機関等での勤務実績がある医療従事者等の勤務実績等を記載してください。＞

【施設類型】1～3			【施設類型】4～5			【施設類型】6～8		
⑬ 1. 新型コロナウイルス感染症患者の入院受入を割り当てた医療機関 2. 帰国者・接触者外来を設置する医療機関 3. 地域外来・検査センター			4. 宿泊療養受入施設での対応 5. 自宅療養を行う場合の新型コロナウイルス感染症患者に対するフォローアップ業務			6. 1～5以外の病院及び診療所 7. 訪問看護ステーション		
他医療機関等での勤務実績あり (1番～3番)			他医療機関等での勤務実績あり (4番～5番)			他医療機関等での勤務実績あり (6番～8番)		
⑭	⑮	⑯	⑭	⑮	⑯	⑭	⑮	⑯
1番～3番の会費			4番～5番の会費			6番～8番の会費		
医療機関等 名称 ※数の場合は どこか、1か所	【A】1～3 起点日から 6/30までの期間 における 延べ 勤務日数 (コスト入力) 3桁～1桁(無し)	【B】1～3 申請する 医療機関等 以外での コロナ患者受入 以降の 勤務実績(※) (有/無)	医療機関等 名称 ※数の場合は どこか、1か所	【A】4～5 起点日から 6/30までの期間 における 延べ 勤務日数 (コスト入力) 3桁～1桁(無し)	【B】4～5 申請する 医療機関等 以外での コロナ患者受入 以降の 勤務実績(※) (有/無)	医療機関等 名称 ※数の場合は どこか、1か所	【A】6～8 起点日から 6/30までの期間 における 延べ 勤務日数 (コスト入力) 3桁～1桁(無し)	【B】6～8 申請する 医療機関等 以外での コロナ患者受入 以降の 勤務実績(※) (有/無)

⑬施設類型区分

【施設類型】1～3は、

- 1 新型コロナウイルス感染症患者の入院受入を割り当てた医療機関
- 2 帰国者・接触者外来を設置する医療機関
- 3 地域外来・検査センター

【施設類型】4・5は、

- 4 宿泊療養受入施設での対応
- 5 自宅療養を行う場合の新型コロナウイルス感染症患者に対するフォローアップ業務

【施設類型】6～8は、

- 6 1～5以外の病院及び診療所
- 7 訪問看護ステーション
- 8 助産所

(※以下の⑭～⑯は、当該医療従事者等が勤務した医療機関等の施設類型に沿って、該当箇所に記載してください。)

⑭医療機関等名称

勤務した他医療機関等の名称を記載してください。

⑮起点日(兵庫県は「2020/3/1」)から6/30までの延べ勤務日数

他の医療機関等での勤務日数を記載してください。10日以上の場合は「10日以上」と記載してください。

⑯申請する医療機関等以外でのコロナ患者受入以降の勤務実績(※)(有り/無し)

勤務した他医療機関等で新型コロナウイルス感染症患者を受け入れて以降に勤務した場合は「有り」、していない場合は「無し」と記載してください。

【様式第6号】医療機関等が都道府県に慰労金の給付申請を行う申請書様式

(1) 概要

様式第6号は、医療機関等が兵庫県に慰労金の給付申請を行う際の申請書様式となります。押印省略としていますので、押印する必要はありません。

様式第6号 (文書番号) 令和2年7月1日	
① 都道府県 知事殿	
	② 医療法人〇〇 △△病院 厚労本部 (押印省略)
令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(医療分)における 新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金給付申請書	
標記について、次により交付金を給付されるよう関係書類を添えて申請する。	
記	
1. 支給申請額	③ ×××× 円
2. 添付書類	・新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金計算書(様式1) ・新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金内訳(様式2)
以上	

(2) 項目ごとの説明

【様式第6号】

- ① 宛先
- ② 申請者
- ③ 支給申請額

【様式第7号】医療機関等が都道府県に提出する慰労金給付に係る実績報告書

(1) 概要

医療機関等は、委託会社等の医療従事者等を含めて、医療従事者等への慰労金の給付が終わった後、おおむね1か月程度のうちに、事務局に給付の実績をご報告ください。実績報告は、「オンライン請求システム」によるのではなく、申請を行った医療従事者等に所定の金額を振り込んだこと等が確認できる証憑(銀行口座への振込みの場合のファームバンキングの振込記録、現金での受け渡しの際の自署又は押印された受領簿など)と要した振込手数料が確認できる書面を添えて、事務局に提出ください。

(2) 項目ごとの説明

【様式第7号】

【必須記入項目】

- ① 医療機関等コード
- ② 連絡先
- ③ 所在地
- ④ 慰労金給付人数
- ⑤ 慰労金給付額
- ⑥ 振込手数料
- ⑦ 慰労金給付済額(⑤+⑥)
- ⑧ 慰労金給付決定額
- ⑨ 精算額(⑧-⑦)

【医療機関一都道府県】実績報告書_新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金											
① 施設概要											
医療機関コード	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	施設名称
② 連絡先	担当部署		担当者氏名		連絡先電話番号		連絡先メールアドレス				
③ 所在地	都道府県名	市区町村以降									
	東京都	千代田区霞が関1-1-1									
給付実績額											
	科目	④ 人数	⑤ 給付額(円)								
	慰労金		400,000								
	⑥ 振込手数料										
			⑦ 慰労金給付済額(円)		400,000						
			⑧ 慰労金給付決定額(円)		交付決定通知を確認し、ご記載下さい。						
			⑨ 精算額		400,000						
<p>※こちらの実績書は、職員等への慰労金給付が終了したら1か月以内をめぐり、各都道府県慰労金担当窓口へ添付書類と合わせてご提出ください。</p> <p>◎給付後に提出いただく書類は以下の通りです。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・慰労金を職員等に対して給付した際の証憑(個人ごとの振り込みの記録や現金で給付した場合の受領簿など給付額が分かるもの) (※委託業者等に雇用される者に委託業者等経由で給付を実施した場合は、当該委託業者等が委託業者等に雇用される者に給付を行ったことが確認できる証憑も必要) ・慰労金の給付にあたって振込手数料を要した場合の、振込手数料がわかる書類 等 											

【様式第8号】医療機関等が都道府県に慰労金給付に係る実績報告を行う報告書様式

(1) 概要

様式第7号で作成した実績報告書を兵庫県(事務局)に提出する際の文書のひな型です。

(2) 項目ごとの説明

- ① 宛先
- ② 報告者
- ③ 添付書類

様式第8号
(文書番号)
令和2年×月××日

① 都道府県 知事殿

② 医療法人○○ △△病院
厚労 太郎
(押 印 省 略)

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(医療分)における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金給付実績報告書

標記について、別紙により給付実績を報告いたします。

記

③ 添付書類

- ・実績報告書(様式第7号)
- ・慰労金を職員等に対して給付した際の証憑
- ・要した振込手数料にかかる証憑
- ・その他

以上

※以降の様式については、医療機関等の事務の参考とするために添付しているものです。
各医療機関等のご事情に応じてご活用ください。

**【参考様式第1号】勤務期間証明依頼
(医療機関等から医療機関等へ)**

他の医療機関等での勤務期間がある医療従事者等について、勤務期間の証明を依頼する場合の参考様式ですので、必要に応じて活用ください。

参考様式第1号
(発翰番号)
令和2年×月××日

医療法人●● 院長殿

医療法人社団○○ △△病院
厚労太郎 印

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(医療分)における
「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金」給付に係る勤務証明について(依頼)

下記の職員に係る標記について、別紙によりご証明くださるようお願いいたします。

記

証明対象職員：●●●●
職名：○○○○
対象期間：●年●月●日～●年●月●日の間の勤務日数

**【参考様式第2号】勤務期間証明回答
(医療機関等から医療機関等へ)**

参考様式第1号に対する回答を行う場合の参考様式ですので、必要に応じて活用ください。

参考様式第2号
(発翰番号)
令和2年×月××日

医療法人○○ △△病院
院長 厚労太郎 殿

医療法人●●
院長 ○○ ○○ 印

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(医療分)における
「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金」給付に係る勤務証明について(回答)

令和○年○月○日付けで貴職より依頼のありました標記について、下記の通り回答いたします。

記

証明対象職員氏名：○○○○
所属部門・部署：○○○○
職名：○○○○
主な業務内容：○○○○
起点日から6月末までの勤務日数：○○○○
新型コロナウイルス感染症患者1例目受入以降6月末までの勤務日数：
施設類型：

【参考様式第3号】勤務期間証明回答
(医療機関等から個人へ)

医療従事者等個人から勤務期間の証明を求められた場合に回答するための参考様式です。

参考様式3 (発翰番号)
令和2年×月××日
医療法人〇〇 △△病院 院長 厚労太郎 印
令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における 「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金」給付に係る勤務証明
標記について、以下とおり相違のないことを証明いたします。
記
証明対象職員氏名：〇〇〇〇 所属部門・部署：〇〇〇〇 職種：〇〇〇〇 主な業務内容：〇〇〇〇 起算日から6月末までの勤務日数：〇〇〇〇 新型コロナウイルス感染症患者1例目受入以降6月末 までの勤務日数： 施設類型：

【確認項目表】

対象施設区分「C」に該当する医療機関等（5万円）について、その要件を確認するために提出いただくものです（「A」「B」に該当する医療機関は提出不要です）。

番号①～⑤のうち該当する項目について「確認欄」へのチェックをお願いします。当該様式については、申請書等と異なり、直接兵庫県（事務局）に提出いただくものです（提出方法等については以下のとおり）。

なお、当該様式を提出いただけない場合は、慰労金の給付は行えませんので、ご注意ください。

○提出方法等

原則「兵庫県電子申請システム」を活用しての提出をお願いいたします。

- ・ 県 HP のリンク及び以下アドレスより、「兵庫県電子申請システム」の入力画面を表示
<https://www.shinsei.elg-front.jp/hyogo/uketsuke/dform.do?id=1596108372624>
- ・ 内容をご確認いただき、「申請日」、「施設名称」、「管理者氏名」、「担当者氏名」、「医療機関コード(10桁※様式第1号と同様)」、「確認項目」に必要な事項を記入のうえ、「申請内容確認」→「申請する」をクリックしてください。
⇒これで提出は完了です。その際画面に表示される「到達番号」、「問合せ番号」はメモ等でお控えいただきますようお願いいたします。
- ・ 別途提出いただいた申請書の審査時に、確認項目表の提出有無を確認いたします。

なお、インターネット環境に対応していない医療機関等におかれては、紙媒体での提出となります（P20 参照）。

兵庫県新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金(医療分) 確認項目	
申請内容の入力	
操作方法のご説明 下記の入力フォームに必要な事項を入力した後、「申請内容確認」ボタンを押してください。 ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺㊻㊼㊽㊾㊿ また、機種依存文字は使用しないでください。機種依存文字が入力されている場合はエラーになります。 途中まで入力した内容を一時保存したい場合、「申請一時保存確認」ボタンを押してください。 ただし、選択した添付ファイルに関しては一時保存されません。 ・日付項目（西暦入力）については、年は西暦4桁を半角数字で入力してください。月、または日は、ドロップダウンリストより選択してください。	
この申請は、新型コロナウイルス感染症に対する医療提供に關し、新型コロナウイルス感染症患者に対して入院診療等を行わなかったものの、県内の感染症対策に一定の役割を担った医療機関等について、慰労金(5万円)の対象となることを確認するためのものです。 以下の項目1つでも該当する医療機関等の職員が慰労金の対象となり得ます。 ご留意いただいた内容について、不明な点があれば、県からお問い合わせをさせて頂く場合もありますので、その際にはご協力いただきますようお願いいたします。	
申請日 ①②	□年 □月 □日
施設名称 ③④	
管理者氏名 ⑤⑥	
担当者氏名 ⑦⑧	
医療機関コード ⑨⑩	医療機関コードを入力してください。
確認項目 ⑪⑫	次の5つの項目のうち、該当する項目をチェックしてください。 (1) 2次救急輸送等を代替 新型コロナウイルス感染症患者等への対応のため、本来業務である救急患者の受け入れを制限した2次救急医療機関等を補完した医療機関 (2) その他救急・急患に対応 (1)以外での救急医療や、休日夜間等において、疑い患者等の急患への対応を実施した医療機関(例:救急告示医療機関、初期救急医療機関、在宅医療機関等) (3) 疑い患者に対応 発熱や咳等の症状が継続している等の疑い症例を有する患者への診療を実施し、必要な対応を行った医療機関等 (院内科、小児科、耳鼻いんこう科等を補完した医療機関及び訪問看護ステーション) (4) 飛沫感染等のリスクへの対応 飛沫感染等による感染リスクが高い中、患者への診療を実施した医療機関等 (例:歯科、分娩を行う産婦人科、産科を補完した医療機関及び助産所) (5) 感染症対策を実施 患者等に帰国者、帰来者相談センター等への相談等の指導や感染症拡大防止に資する普及啓発(直接指導、リーフレット配布やポスター掲示等)を行った医療機関等 <input type="checkbox"/> (1) 2次救急輸送等を代替 <input type="checkbox"/> (2) その他救急・急患に対応 <input type="checkbox"/> (3) 疑い患者に対応 <input type="checkbox"/> (4) 飛沫感染等のリスクへの対応 <input type="checkbox"/> (5) 感染症対策を実施 上記の内容について、相違ありません。
お問い合わせ 部署名: 健康福祉部健康局医務課 医療人材確保班 電話: 078-362-9124 FAX: 078-362-4297	
申請内容確認 申請一時保存確認	

「入力画面イメージ」

2 その他個別に留意する必要がある事例について

(1) 複数医療機関等で勤務している医療従事者等への対応について

慰労金は、主として勤務する医療機関等で申請いただくことを基本としています。2か所以上の医療機関等に勤務し、いずれの医療機関等でも10日以上勤務するなどの要件を満たす場合には、重複申請となることのないようご注意ください。

なお、慰労金は、介護サービス事業所等や障害福祉サービス事業所等にに従事される職員を対象とする慰労金を含め、お一人一回限りの給付となりますので、複数の医療機関等を通じた申請は辞退いただく必要があります。仮に、二重に給付を受けた場合には、不当利得として返還していただくこととなります。

(2) 地域外来・検査センターで勤務した医療従事者等への対応について

自医療機関等の医療従事者等で、地域外来・検査センター（いわゆるPCR検査センター）で勤務した方は、地域外来・検査センターでの勤務実績を踏まえて申請を行うことができます。その場合、当該医療従事者等については、地域外来・検査センターを実施する団体等又は都道府県・政令市等から勤務期間証明を取得いただくよう、当該医療従事者等に促してください。当該勤務期間証明を踏まえて、医療機関等は申請を行うようお願いいたします。なお、勤務期間証明は、参考様式第1号及び第2号を活用して貴医療機関等から当該医療従事者等が勤務した地域外来・検査センターに依頼して入手しても構いません。

※ 地域外来・検査センターで勤務した方については、他の要件を満たす場合、20万円又は10万円の給付対象となります。

<様式第2号抜粋>

委任状カウント			他医療機関等での、勤務実績あり (1番～3番)			他医療機関等での、勤務実績あり (4番～5番)		
① 他施設と合算	② 申請施設	③ 申請施設以外	申請する施設 以外			④	申請する施設 以外	
1番～3番の合算			4番～5番の合算			6		
【A】 1～8 起点日から 6/30までの期間 における 延べ 勤務日数 (リスト入力) 0日～10日以上	【B】 申請する 医療機関等 での コロナ患者受入 以降の 勤務実績(※) (有り/無し)	【C】 他医療機関等 での 勤務実績 (有り/無し)	医療機関等 名称 複数の場合は どこか、1か所	【A】 1～3 起点日から 6/30の期間 における 延べ 勤務日数 (リスト入力) 1日～10日以上	【B】 1～3 申請する 医療機関等 以外での コロナ患者受入 以降の 勤務実績(※) (有り/無し)	医療機関等 名称 複数の場合は どこか、1か所	【A】 4～5 起点日から 6/30の期間 における 延べ 勤務日数 (リスト入力) 1日～10日以上	【B】 4～5 申請する 医療機関等 以外での コロナ患者受入 以降の 勤務実績(※) (有り/無し)
10日以上	無し	有り				×PCRセンター	1日	有り
10日以上	無し	無し						
10日以上	無し	無し						

この場合の様式第2号の記載方法については、

- 「【A】 起点日（兵庫県は「2020/3/1」）から6/30までの延べ勤務日数」を10日以上（自医療機関と地域外来・検査センターの勤務日数を合算）とし、
- 「【B】 自医療機関等でのコロナ患者受入以降の勤務実績（※）（有り/無し）」について自医療機関等での実績を記載してください。なお、地域外来・検査センターでの勤務実績をもとに申請を行うのは、自医療機関等で新型コロナウイルス感染症患者の受け入れをしていない場合が多いと考えられますので、この場合は「無し」と記載してください。
- 「【C】 他施設での勤務実績（有り/無し）」については、「有り」と記載してください。
- 「医療機関等名称」には、勤務した地域外来・検査センターの名称を記載してください。
- 「起点日から6月30日の期間における延べ勤務日数」には、地域外来・検査センターで勤務した日数を記載してください。
- 「申請する医療機関等以外でのコロナ患者受入以降の勤務実績」は、地域外来・検査センターで疑い患者の診察等を行った日以降に勤務した場合は「有り」、疑い患者の診察等

を行う前に限って勤務した場合は「無し」と記載してください。

※ 地域外来・検査センターは都道府県や政令市等から団体等に医療従事者等の派遣依頼を行っている場合が多くありますので、該当する医療従事者等の申請にあたっては、重複申請となることのないよう、都道府県や政令市等の担当と連携を取っていただくようお願いいたします。

(3) 宿泊療養施設で勤務した医療従事者等への対応について

自医療機関等の医療従事者等で、宿泊療養施設で勤務した方は、宿泊療養施設での業務の勤務実績を踏まえて申請を行うことができます。その場合、当該医療従事者等については、宿泊療養を実施する兵庫県・神戸市から勤務期間証明を取得いただくよう、当該医療従事者に促してください。当該勤務期間証明を踏まえて、医療機関等は申請を行うようお願いいたします。

※ 宿泊療養施設で勤務した方については、他の要件を満たす場合、20万円の給付対象となります。

<様式第2号抜粋>

兼任伏カウント▶			他医療機関等での、勤務実績あり (1番～3番)			他医療機関等での、勤務実績あり (4番～5番)		
① 単施設と合算	② 申請施設	③ 申請施設以外	申請する施設 以外			④	申請する施設 以外	
【A】 1～8 起点日から 6/30までの期間 における 延べ 勤務日数 (リストラのみ 0日～10日以上)			【B】 1～3 申請する 医療機関等 における 延べ 勤務日数 (リストラのみ 1日～10日以上)			【A】 4～5 起点日から 6/30の期間 における 延べ 勤務日数 (リストラのみ 1日)		
10日以上	無し	有り	1番～3番の合算	【B】 1～3 申請する 医療機関等 以外での コロナ患者受入 以降の 勤務実績(※) (有り/無し)	複数場合は どこか、1か所	××××	⑤ 1番～5番の合算	【B】 4～6 申請する 医療機関等 以外での コロナ患者受入 以降の 勤務実績(※) (有り/無し)
10日以上	無し	無し						
10日以上	無し	無し						

この場合の様式第2号の記載方法については、

- ① 「【A】 起点日(兵庫県は「2020/3/1」)から6/30の期間における延べ勤務日数」を10日以上(自医療機関と宿泊療養施設等での勤務日数を合算)とし、
- ② 「【B】 自医療機関等でのコロナ患者受入以降の勤務実績(※)(有り/無し)」について自医療機関等での実績を記載してください。なお、宿泊療養施設等での勤務実績をもとに申請を行うのは、自医療機関等で新型コロナウイルス感染症患者の受け入れをしていない場合が多いと考えられますので、この場合は「無し」と記載してください。
- ③ 「【C】 他施設での勤務実績(有り/無し)」については、「有り」と記載してください。
- ④ 「医療機関等名称」には、勤務した宿泊療養施設等の名称を記載してください。
- ⑤ 「起点日から6/30の期間における延べ勤務日数」には、宿泊療養施設等で勤務した日数を記載してください。
- ⑥ 「申請する医療機関等以外でのコロナ患者受入以降の勤務実績」は、宿泊療養施設等で実際に新型コロナウイルス感染症患者の受け入れ等を行った日以降に勤務した場合は「有り」、受け入れ前に限って勤務した場合は「無し」と記載してください。

※ 宿泊療養施設は都道府県や政令市等から団体等に医療従事者等の派遣依頼を行っている場合が多いので、該当する医療従事者等の申請にあたっては、重複申請となることのないよう、都道府県や政令市等の担当と連携を取っていただくようお願いいたします。

(4) 自医療機関等を退職した医療従事者等への対応について

すでに自医療機関等を退職した医療従事者等の慰労金については、現在他の医療機関等で勤務している場合は、原則(※)現在勤務する医療機関等から申請を行うこととなります。

他方、現在医療機関等で勤務していない医療従事者等の慰労金については、対象期間中に勤務していた医療機関等が取りまとめて申請を行うことを原則としています。このため、対象期間中に勤務していたが、すでに退職し、かつ、他の医療機関で勤務していない医療従事者等から慰労金の申請について問合せがありましたら、現在自医療機関等で勤務している医療従事者等と併せて申請いただくよう、お願いいたします。

なお、自医療機関等からの申請がどうしても難しい場合は、例外として個別申請の手続きとなります（「(5)個別申請について」を参照）。

※例外：「現在勤務する医療機関等」が、対象期間外である令和2年7月1日以降の勤務である場合は、以前の対象期間中に勤務していた医療機関等から申請してください。

(5) 個別申請について

現在、医療機関等で勤務していない医療従事者等の慰労金については、対象期間中に勤務していた医療機関等が取りまとめて申請を行うことを原則ですが、以前勤務していた医療機関等から申請がどうしても困難な方については、個別申請の申請書を用いて、兵庫県に個別申請を行うこととなります。

※個別申請を行わざるを得ない場合については、兵庫県の問い合わせ先までご連絡ください。

※個別申請の場合、審査等に時間を要することから、慰労金の支給等が通常よりも遅くなる可能性があります。

4 申請書類の提出方法

令和3年2月以降の申請書類の提出方法は、事務局への紙媒体の郵送のみです。

必要事項を記載した「様式第1号」「様式第2号」「様式第5号別紙」「様式第6号」、「口座番号登録票」、また、対象施設区分Cの医療機関等におかれては「確認項目表」を同封して、事務局に郵送してください。申請受付期間は、令和3年2月26日（金）（事務局に必着）となります。

宛先は、次のとおりです。

〒651-8769（住所記載不要）

兵庫県新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業事務局

※ 必ず「レターパックライト」で郵送してください。（普通郵便不可）

※ レターパックライト表面の「品名」欄に「医療慰労金：交付申請書提出」と記入してください。

別紙

医療機関等コード；点数表番号一覧

点数表	コード
医科	1
歯科	3
調剤	4
訪問看護	6