

大阪府新型インフルエンザ患者 入院医療機関設備整備事業補助金

申請事務の手引き

令和5年12月

大阪府健康医療部保健医療室

感染症対策企画課

目次

1章 概要 p.3

1. 目的
2. 補助の対象
3. 交付額の算定方法
4. 補助の条件
5. 補助金のしくみ

2章 補助金事務の流れ p.7

1. 補助金事務の流れ（目安）

3章 整備計画～内示 p.8

1. 整備計画の募集
2. 提出書類
3. 内示の通知

4章 交付申請～交付決定 p.9

1. 交付申請
2. 提出書類
3. 交付決定の通知
4. 「大阪府障害者等の雇用の促進等と就労の支援に関する条例」（ハートフル条例）に基づく障がい者の雇用状況報告

5章 事業の実施～実績報告 p.10

1. 事業の実施
2. 実績の報告
3. 提出書類

6章 確定通知～補助金の交付 p.11

1. 確定通知
2. 補助金の交付

7章 消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額の申告～仕入控除税額相当分の返還納付

p.12

1. 仕入控除税額の報告

2. 提出書類
3. 決定・納入通知
4. 仕入控除税額相当分の返還納付

8章 留意事項 p.12

1. 補助金活用の前提条件
 - (1) 協力医療機関としての登録
 - (2) 振込口座の登録
2. この補助事業により取得した財産の処分制限について

9章 参考法令等一覧 p.13

1. 参考法令等一覧

10章 別記様式等 p.14

1. 別記様式等一覧

11章 様式の記入例 p.24

- 11-1 整備計画書類
- 11-2 交付申請書類
- 11-3 実績報告書類
- 11-4 仕入控除税額の報告書類

12章 FAQ p.47

1. よくある質問と答え

1章 概要

(一部大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金交付要綱抜粋)

1. 目的

大阪府は、新型インフルエンザの患者の入院医療を提供するため、「大阪府新型インフルエンザ等協力医療機関整備要綱」に基づく入院協力医療機関として登録を行った医療機関（以下、「入院協力医療機関」という。）において、新型インフルエンザ発生時に、入院患者に対する医療を提供する中で医療資材の不足が生じ、迅速かつ適切な医療ができなくなることを未然に防止するため、必要な医療資材についてあらかじめ整備し、医療体制の強化を図る医療機関に対し、大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金（以下、「本補助金」という。）を予算の範囲内において交付するものとし、その交付については、大阪府補助金交付規則（昭和45年大阪府規則第85号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、この要綱の定めるところによる。

2. 補助の対象

この補助金の対象は、以下のとおりである。

この補助金の交付の対象となる設備は、次のとおりとする。

- (1) 人工呼吸器及び付帯する備品
- (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）
- (3) 簡易陰圧装置

2 前項に掲げる対象設備ごとの補助計画は、毎年度知事が定めるものとする。

3 この補助金の交付の対象となる医療機関は、入院協力医療機関とする。

4 (1)～(3)の整備について、本事業を活用した場合、P. 5の処分期間が経過するまで、交付申請を行うことができない。

ただし、登録病床数を複数確保している入院協力医療機関は、この限りでない。

3. 交付額の算定方法

この補助金の交付額は、次により算定された額の合計金額とする。

(1) 次の表の第1欄に定める基準額と第2欄に定める対象経費の実支出額を比較して少ない方の額と総事業費から当該事業に係る寄付金その他の収入額を控除した額とを比較して少ないほうの額を選定する。

(2) (1)により選定された額に第3欄に掲げる補助率を乗じて得た額を交付額とする。

ただし、算定された額に1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てるものとする。

なお、1医療機関あたりの補助額算定にあたっては、第4欄に掲げる上限額を超えないものとする。

1 基準額	2 対象経費	3 補助率	4 上限額
次により算出された額の合計額 (1) 人工呼吸器及び付帯備品 知事が必要と認められた額×1台 (2) 個人防護具 3,600円×知事が必要と認められた人数分 (上限330名分) (3) 簡易陰圧装置 4,320,000円×知事が必要と認められた台数	対象設備を購入するために必要な設備購入費 ただし、設置に必要な工事費等、購入費以外の費用を除く	3分の2 【負担割合】 国 1/3 大阪府 1/3 事業者 1/3	(1) 人工呼吸器及び付帯備品 知事が必要と認められた額 (2) 個人防護具 792,000円 (3) 簡易陰圧装置 2,880,000円

4. 補助の条件

補助を受けようとする医療機関は、以下の条件を遵守しなければなりません。

- (1) 知事は、補助金の交付の目的を達成するため必要があるときは、補助事業者に対し報告または関係書類の提出を求め、又はその職員に実地に立ち入り、運営の状況若しくは帳簿、書類その他補助事業に係るのある物件を検査させ、若しくは関係者に質問させることができる。
- (2) 交付された補助金は、補助事業者の設備を購入するために必要な設備購入費に充当するものとする。
- (3) 人工呼吸器及び簡易陰圧装置の整備にあたっては、新型インフルエンザ発生までの間において、機能点検を行うなど、新型インフルエンザ発生時に、患者に対し即時使用できるよう、補助事業者において適切に管理すること。
 なお、これらの機器についてはその機能を維持するため、平時より使用することを認めるものとするが、実際に患者に使用する際には、早期の抜管が見込まれる急性期管理に限定し使用すること。
- (4) 個人防護具の整備にあたっては、補助事業者において適切に管理すること。
- (5) 本事業により取得した設備については、交付を受けた年度及び当該補助金名を明記しておかなければならない。

また、取得した日の翌日から起算して次の処分制限期間を経過するまで、知事の承認を受けないで、この補助金の交付の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け、担保に供し、取り壊し又は廃棄してはならない。併せて、入院協力医療機

関としての登録を辞退することができない。やむを得ず辞退する場合は、大阪府に対し、別途知事が定める額を納付しなければならない。

設備名	処分制限期間
人工呼吸器及びその付帯備品	4年
個人防護具	5年 (ただし、メーカー指定の使用期限がある場合は、その期間)
簡易陰圧装置	15年

(6) 知事の承認を受けて財産を処分することにより収入があった場合には、その収入の全部又は一部を返還しなければならない。

この場合、納付額の算定や納付方法等については原則、厚生労働省近畿厚生局における財産処分手続きに準じて行うものとする。

(7) 本事業により取得した設備については、本事業の完了後においても善良な管理者の注意をもって管理するとともに、その効率的な運営を図らなければならない。

(8) 補助事業者は、補助金と本事業に係る予算及び決算との関係を明らかにした調書を作成し、これを(5)に規定する処分制限期間を経過するまで(人工呼吸器及びその付帯備品にあっては、本事業完了後4か年間)保管しておかななければならない。

ただし、補助事業者が地方公共団体以外の場合は、本事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出について証拠書類を整理し、かつ当該帳簿及び証拠書類を同様の期間を経過するまで保管しておかななければならない。

(9) この補助金に係る補助金の交付と対象経費を重複して、他の国庫補助金並びに老年玉付き郵便葉書等寄付金配分金、又は、公益財団法人 JKA 又は公益財団法人日本財団の補助金の交付を受けてはならない。

(10) 本事業完了後に、消費税及び地方消費税の申告により補助金にかかる消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額が確定した場合には、別記様式第2号に係る書類を添えて速やかに知事に報告しなければならない。

なお、補助事業者が全国的に事業を展開する組織の支部(又は一支社、一支所等)であって、自ら消費税及び地方消費税の申告を行わず、本部(又は本社、本所等)で消費税及び地方消費税の申告を行っている場合は、本部の課税売上割合等の申告内容に基づき報告を行うこと。

また、知事は報告があった場合には、当該消費税及び地方消費税に係る仕入控除額の全部又は一部を府に納付させることがある。

(11) 本事業を行うために締結する契約については、一般競争入札に付するなど都道府県又は指定都市若しくは中核市が行う契約手続の取扱いに準拠しなければならない。

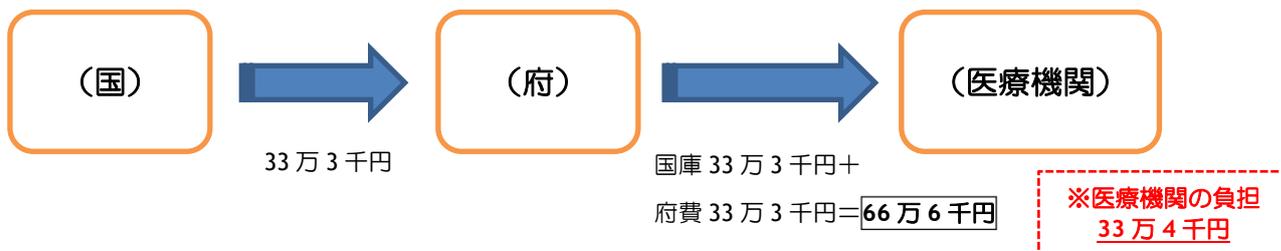
(12) 規則第6条第1項第2号の知事の定める軽微な変更は、補助金交付申請額の20%以内の減額変更とする。

5. 補助金のしくみ

本補助事業は、厚生労働省の間接補助事業として、大阪府が府内の医療機関に対して補助金を交付する事業です。大阪府から医療機関に交付する補助金の内訳は、国庫と府費それぞれ3分の1です。

【補助金のイメージ】

大阪府が医療機関に対し100万円の確定通知を行った場合



医療機関は交付額の確定通知を受けた後、消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額が確定した場合は、速やかに大阪府に対し府補助金返還相当額及び国庫返還相当額の報告をしなければなりません。

2章 補助金事務の流れ

1. 補助金事務の流れ（目安）

補助事業の流れ																																
おおまかな時期	事業前年度				事業年度												事業翌年度															
	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月							
申請医療機関	事業計画の提出				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px;">交付申請</div> <div style="border: 1px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px; flex-grow: 1; text-align: center;">事業の執行(購入)</div> <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px;">実績報告</div> </div>												仕入控除税額報告								仕入控除税額納付							
大阪府	事業計画の募集				内示				交付決定								確定通知		補助金の振込み		仕入控除税額確定											

※事業計画の募集期間が短いため、注意が必要です。
 ※大阪府と国との調整も発生するため、記載の時期については前後する可能性があります。
 ※適正な実績報告に基づく確定通知に伴う補助金の振込みは、5月末となる予定です。

3章 整備計画～内示

1. 整備計画の募集

府は、国からの通知に基づき、12月ごろに府のホームページ上で次年度分の整備計画の募集を行います。新型インフルエンザ対策として対象物品の購入を予定している入院協力医療機関は、要綱をはじめ関係法令等に基づき、府が定める期日までに必要書類を提出してください。

なお、入院協力医療機関として登録を行っていない医療機関がこの補助金の整備計画を提出しようとする場合は、大阪府新型インフルエンザ等協力医療機関整備要綱に基づく登録を同時に行ってください。

2. 提出書類

整備計画書類として提出する書類は、以下のとおりです。

なお、様式指定のある書類の記載方法については、11章 様式の記入例を参考にしてください。

- ①整備計画書（別記様式第1）
- ②整備計画の概要（別記様式第1の別紙）
- ②-2 個人防護具をセット購入しない場合、各防護具購入数の根拠（様式自由）
- ③整備予定機器の概要がわかる資料（カタログ等、仕様のわかるもので写真が添付されていること）
- ④整備予定機器の納入予定価格がわかる資料（見積書）
- ⑤新型インフルエンザ対応マニュアル
- ⑥その他参考となる資料

（注意）

注1 ≧ 過去に本補助金で購入した設備も含め、登録病床数を超える数量の申請はできません（個人防護具を除く）。

また、P. 5の処分期間が経過するまでは、申請することができません（登録病床数を複数確保している場合は除く）。

注2 ≧ 整備計画を提出した全ての医療機関が補助を受けることができるわけではありません。府と国が内容の審査を行ったうえで予算の範囲内、かつ府が定める当該年度の対象物品ごとの補助計画の範囲内で内示を行います。

注3 ≧ 内容の審査は、提出された整備計画内容（物品の規格等）に対して行われるため、整備計画内容の変更はできません。ただし、メーカー側の生産中止など、やむを得ない理由がある場合は除きます。

3. 内示の通知

府と国は、提出された整備計画書類について、内容を審査し、補助対象として適

当と認められたものの中から予算の範囲内、かつ府が定める当該年度の対象物品ごとの補助計画の範囲内で内示決定（採択）を行い、府は該当医療機関に対し書面により内示通知を行います。

内示を受けた医療機関は、内示を受けた日から事業の執行（補助対象物品の購入）を行うことができます。

（注意）

注1 ≧ 予算の都合等により内示を2回以上に分けて行う可能性があるため、不採択となった医療機関に対しての通知は行いません。（例：平成23年度は、東日本大震災への緊急対応等による国予算への影響により内示が遅れ、内示自体も2度に分けて行いました。）

4章 交付申請～交付決定

1. 交付申請

内示を受けた医療機関は、要綱をはじめ関係法令等に基づき、府が定める期日までに必要書類を提出してください。

2. 提出書類

交付申請時に提出する書類は、以下のとおりです。

なお、様式指定のある書類の記載方法については、11章 様式の記入例を参考にしてください。

- ① 交付申請書（要綱様式第1号）
- ② 交付申請書の別紙（要綱様式第1号別紙1および別紙2）
- ③ 歳入歳出予算見込書抄本（別記様式第3）
- ④ 先に提出している整備計画書類（全て）の写し
- ⑤ 債権債務者登録申出書（別記様式第2）
- ⑥ 要件確認申立書（様式第1号別紙3）
- ⑦ 暴力団等審査情報（様式第1号別紙4）
- ⑧ その他参考となる資料

（注意）

注1 ≧ 内容の審査は、提出された整備計画内容（物品の規格等）に対して行われるため、整備計画内容の変更はできません。ただし、メーカー側の生産中止など、やむを得ない理由がある場合は除きます。（再掲）

注2 ≧ やむを得ない理由により、内示を受けた内容を変更して交付申請を行う場合は、内容変更の理由を詳細に記載した書類を府に提出してください。（必ず医療機関代表者⇒知事あての書類としてください。担当者名での提出は認められません）

注3 ≧ 内示があったにもかかわらず、やむを得ない理由により交付申請を行わないこと

とする場合も、申請を行わない理由を詳細に記載した書類を府に提出してください。（必ず医療機関代表者⇒知事あての書類としてください。担当者名での提出は認められません）

注4 ≧⑥要件確認申立書及び⑦暴力団等審査情報は、原則ご提出をお願いしますが、補助事業者が次の場合は提出不要です。（詳細は、大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金交付要綱第5条第2項をご参照ください。）

(1) 市町村

→⑥及び⑦の提出不要

(2) 独立行政法人、地方独立行政法人、国立大学法人、公立大学法人、公益社団法人、公益財団法人、特殊法人（特殊会社）、認定／特例認定 特定非営利活動法人

→⑦のみ提出不要

3. 交付決定の通知

府と国は、提出された交付申請書類について内容を審査し、実際に補助を行うかどうか決定を行い、府が該当医療機関に対して書面により交付決定通知を行います。

(注意)

注1 ≧府又は国の予算の都合等により交付決定が遅れる場合や、交付決定ができない可能性もありますので注意してください。（例：平成24年度は、国の特例公債法案が国会に提出されたことに伴い、本補助金事業についても当該法案可決まで予算の確保ができなかったため、交付決定が遅れました。）

4. 「大阪府障害者等の雇用の促進等と就労の支援に関する条例」（ハートフル条例）に基づく障がい者の雇用状況報告

補助金の交付決定を受けた事業主は、大阪府障害者等の雇用の促進等と就労の支援に関する条例第17条第1項の規定により、障がい者の雇用状況を報告していただく必要があります。

なお、障がい者雇用率が未達成の事業主につきましては、障がい者の雇入れ計画を提出していただき、障がい者雇用率の達成に向けた取組をしていただく必要があります。詳しくは、大阪府障がい者雇用促進センターのホームページ（*）をご覧ください。詳しくは、大阪府障がい者雇用促進センター（06-6360-9077）までお問合せ下さい。

*ホームページアドレス <http://www.pref.osaka.jp/koyotaisaku/sokushin-c/index.html>

5章 事業の実施～実績報告

1. 事業の実施

内示を受けた医療機関は、原則として交付決定を待たずに事業の執行を行うことができます。

(注意)

注1 ≧ **内示日以前の事業執行は補助対象外となります。**

2. 実績の報告

事業を実施した医療機関は、**事業実施後 30 日以内または翌年度 4 月 8 日のいずれか早い方まで**に実績報告書類を提出しなければなりません。

3. 提出書類

実績報告書類として提出する書類は、以下のとおりです。

なお、様式指定のある書類の記載方法については、11章 様式の記入例を参考にしてください。

- ①事業実績報告書（要綱様式第4号）
- ②事業実績報告書の別紙（要綱様式第4号別紙1及び別紙2）
- ③歳入歳出決算見込書抄本（別記様式第4）
- ④対象物品の検収調書の写し（別記様式第5）
- ⑤対象物品の納品時撮影写真
- ⑥対象物品にかかる代金請求書の写し
- ⑦対象物品にかかる納品書の写し
- ⑧対象物品にかかる売買契約書の写し

(注意)

注1 ≧ **購入にあたっては、売買契約書（150万円を超えない契約については、請書も可）の提出が必須ですので、ご注意ください。**

6章 確定通知～補助金の交付

1. 確定通知

府は、提出された実績報告書の内容を審査し、適当であると認めるときは補助額確定の通知を行います。

2. 補助金の交付

府は、確定通知を行った後、既に登録済みの口座（※）に対して事業翌年度の5月末までに確定した額を振込みます。この際、振込みを行った旨の通知等はいりません。

（※）口座の登録は「債権債務者登録」として行います。（様式指定）この様式の記載方法については、11章 様式の記入例を参考にしてください。

7章 消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額の報告～仕入控除税額相当分の返還納付

1. 仕入控除税額の報告

医療機関は、事業年度の決算が完了したときは、速やかに本事業にかかる消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額の算定を行い、府に対して仕入控除税額の報告を行わなければなりません。

2. 提出書類

報告時に提出する書類は以下のとおりです。

なお、様式指定のある書類の記載方法については、11章 様式の記入例を参考にしてください。

- ①消費税仕入控除税額報告書（要綱様式第2号）
- ②消費税仕入控除税額報告書の別紙（要綱様式第2号の別紙）
- ③消費税仕入控除税額算定の根拠となる資料（付表2 等）
- ④その他参考となる資料

（注意）

注1 > 消費税仕入控除税額の報告は、事業年度の決算が完了した後、速やかに行ってください。

消費税仕入控除税額の計算方法については、国税庁HPにて確認できます。

<https://www.nta.go.jp/taxes/shiraberu/taxanswer/shohi/6401.htm>

3. 決定・納入通知

府は、提出された消費税仕入控除税額報告書類について審査を行い、国へ報告します。国が適当と認めたときは、本府より医療機関に対し決定の通知及び仕入控除税額相当分の納入通知を行います。

4. 仕入控除税額相当分の返還納付

決定通知及び納入通知を受けた医療機関は、決定された仕入控除税額相当分の額を、府指定金融機関等にて納入しなければなりません。

8章 留意事項

1. 補助金活用の前提条件

（1）協力医療機関としての登録

補助を受けようとする医療機関は、「大阪府新型インフルエンザ等協力医療機関整備要綱」に基づく入院協力医療機関としての登録が必要です。詳しくは「大阪府新型インフルエンザ等協力医療機関整備要綱」を参照してください。

（2）振込口座の登録

補助を受けようとする医療機関は、補助金の振込を受けようとする口座に関する情報を事前に登録しなければなりません。登録する時期は、補助金の交付申請を行う際とします。(様式指定)なお、様式への記載方法については、11章 様式の記入例を参考にしてください。

2. この補助事業により取得した財産の処分制限について

この補助事業により財産を取得した医療機関は、取得した財産を、取得した日の翌日から起算して以下の処分制限期間を経過するまで、府の承認を受けずに、この補助金の交付の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け、担保に供し、取壊し又は廃棄してはなりません。やむを得ず転用・譲渡・交換・貸し付け・担保に供する・取壊し又は廃棄を行う場合は、事前に府に届け出て承認を得る必要があります。

知事の承認を受けて財産を処分することにより収入があった場合には、その収入の全部又は一部を返還しなければなりません。

この場合、納付額の算定や納付方法等については原則、厚生労働省近畿厚生局における財産処分手続きに準じて行っていただく必要があります。

(処分制限期間)

- ①人工呼吸器 4年
- ②個人防護具 5年(※)
- ③簡易陰圧装置 15年

※個人防護具については、メーカー指定の使用期限が5年未満の場合、使用期限を処分制限期間とします。

なお、これらの処分制限期間を過ぎても廃棄等を行わず、医療機関において使用する場合でも、交付の目的を逸脱して使用しないようにしてください。

財産処分の手続きについては、厚生労働省近畿厚生局 HP にて確認できます。

https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/gyomu/bu_ka/kenko_fukushi/new_s080901.html

9章 参考法令等一覧

1. 参考法令等一覧

- ①大阪府補助金交付規則
- ②大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金交付要綱
- ③大阪府新型インフルエンザ等協力医療機関整備要綱
- ④補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律
- ⑤その他関係法令、要綱等

10章 別記様式等

1. 別記様式等一覧

- ①別記様式第1（整備計画書）
- ②別記様式第1の別紙（整備計画の概要）
- ③別記様式第2（債権債務者新規登録・登録内容変更申出書）
- ④別記様式第3（歳入歳出予算見込書抄本）
- ⑤別記様式第4（歳入歳出決算見込書抄本）
- ⑥別記様式第5（検収調書）
- ⑦別記 個人防護具に関する規格参考例

大阪府知事 様

年度 大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金・整備計画書

医療機関名	
医療機関所在地 (二次医療圏名を併記)	
開設者氏名(法人の場合は、名称 及び代表者の職氏名)	
開設者住所(法人の場合は、主たる 事務所の所在地)	
担当者名	
電話	
FAX	
E-Mail	

標題について、下表のとおりとします。

(単位：円)

対象設備	形式及び規格	入数	数量	税込単価	購入予定価格 (税込総額)	備 考
人工呼吸器					0	(a)
個人防護具	人数分		延べ 人分 (人・日分)			
	マスク				0	
	ゴーグル				0	
	ガウン				0	
	グローブ				0	
	キャップ				0	
	フェイスシールド				0	
	合計				0	(b)
簡易陰圧装置					0	(c)
合計 ((a) + (b) + (c)) = 総事業費					0	

※単価欄・購入予定価格欄には税込額を記入すること。

※単価欄には購入する最小単位での価格を記入すること。ただし、見積書の記載が納入単位でなく個数あたりの単価となっている場合は、見積書の記載に準ずること。

※入数欄には購入する最小単位での入数を記入すること。(例：マスク100枚入を10箱購入する場合、入数欄に100、数量欄に10と記入)

※個人防護具の人数分は、延べ〇〇人分(〇人・〇日分)と記入すること。

※簡易陰圧装置の整備を行う場合は、施設全体の平面図(設備の設置予定箇所をマーク)及び設備を設置する室の平面図を添付すること。

年 月 日

年度大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金 整備計画の概要

医療機関名

医療機関所在地 (二次医療圏名を併記)
開設者氏名(法人の場合は、 名称及び代表者の職氏名)
開設者住所(法人の場合は、 主たる事務所の所在地)

1. 今回整備予定設備

整備予定設備名	数 量
人工呼吸器	台
個人防護具	延べ (人、 人分 日分)
簡易陰圧装置	台

2. 新型インフルエンザ入院患者受入体制

(1) 現行

患者種別	陰圧以外の病床数		陰圧病床数		合計	備 考
	個室	相室	個室	相室		
一般						
ハイリスク	透析					
	妊婦					
	小児					
	その他					

(2) 今回整備後

患者種別	陰圧以外の病床数		陰圧病床数		合計	備 考
	個室	相室	個室	相室		
一般						
ハイリスク	透析					
	妊婦					
	小児					
	その他					

別記様式第1の別紙(2/3)

3. 過去に本補助を受けて整備した設備概要(記載欄が足りない場合は追加すること)

(1) 人工呼吸器

年 度	整 備 数	処分台数	処分理由
年度	台	台	
計	台	台	

(2) 個人防護具

年 度	整 備 数	処分数	処分理由
年度	延べ 人分	人分	
年度	延べ 人分	人分	
年度	延べ 人分	人分	
年度	延べ 人分	人分	
年度	延べ 人分	人分	
計	人分		

(3) 簡易陰圧装置

年 度	整 備 数	処分台数	処分理由
年度	台	台	
計	台	台	

別記様式第1の別紙(3/3)

4. 過去に他の補助金を受けて整備した設備又は施設概要

年 度	補助金名	整備した設備	整備数
年度			

債権債務者登録申出書

年 月 日

大阪府知事 様

医療機関名

医療機関所在地
(二次医療圏名を併記)

開設者氏名(法人の場合は、
名称及び代表者の職氏名)

開設者住所(法人の場合は、
主たる事務所の所在地)

補助金交付確定額の振込みについては、下記口座に行っていただきますようお願いいたします。

フリガナ	
開設者氏名 (法人の場合は名称)	
開設者住所	〒
金融機関名	
本支店名	
口座種別	
口座番号	
フリガナ	
口座名義	

.....

【債権債務者登録申出書の提出について】

本申出書は、交付申請書類を提出する際に提出してください。(本補助金額確定後に本府より振込を行う際の振込先情報として使用します)

年度 歳入歳出予算見込書（抄本）

医療機関名	
事業名	新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業

（歳入の部）

（単位：円）

項 目	金 額	備 考
大阪府新型インフルエンザ 患者入院医療機関設備整備事業補助金		
合 計	0	

（歳出の部）

（単位：円）

項 目	金 額	備 考
合 計	0	

上記のとおりであることを証明します。

年 月 日

医療機関名

開設者氏名

（法人の場合は、名称及び代表者の職氏名）

年度 歳入歳出決算見込書（抄本）

医療機関名

事業名

新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業

（歳入の部）

（単位：円）

項 目	金 額	備 考
大阪府新型インフルエンザ 患者入院医療機関設備整備事業補助金		
合 計	0	

（歳出の部）

（単位：円）

項 目	金 額	備 考
合 計	0	

上記のとおりであることを証明します。

年 月 日

医療機関名

開設者氏名

（法人の場合は、名称及
び代表者の職氏名）

検収調書

年 月 日

(医療機関名)
(部署名)
(検収者氏名)

検収の結果、以下のとおり仕様書に適合するものと認めます。

1. 品 名
2. 数 量
3. 金 額 金 円
(うち消費税及び地方消費税等の額 円)
4. 契 約 業 者
5. 納 入 年 月 日 年 月 日
6. 納 入 場 所
7. 検 収 年 月 日 年 月 日

別記

個人防護具に関する規格参考例

マスク 感染リスクの高い医療従事者が着用することを考慮し、NIOSH（米国労働安全衛生研究所）規格 N95、または不燃布素材で製造されているサージカルマスクであること。

顔面とマスクのフィットを高いレベルで確保できるよう、伸縮性のある締めひもで首回りと後頭部を押さえる構造である。

鼻から漏れこみを押さえられるノーズグリップが装着されている。

ゴーグル 防曇処理加工が施され、レンズ部は耐衝撃性の高いポリカーボネイト製である。次亜塩素酸液への浸漬やアルコール清拭による消毒で再利用が可能である。

眼鏡をかけた者でも装着が可能である。密封式タイプである。

ガウン 耐水性のある不燃布素材である。

長袖で体の全面をおおえる後ろ開き形状であり、通気性、透湿性があるもの。業務遂行に支障のないよう、首部及び腰部背面で留めるしめひもを有する。

グローブ 水の浸透性がなく、たんぱくアレルギーを起こしにくい素材である。

手首にガウンとグローブの隙間ができないように十分な長さを有している。

キャップ 毛髪を覆い、こぼれ出るのを防ぐゴム付きのもの。

マスクやゴーグルの着脱時に巻き込まれて外れないもの。

不燃布素材であること。

フェイスシールド

防曇処理加工が施され、眼鏡をかけた者でも装着が可能である。

※上記以外の個人防護具は本補助事業対象外です。

※上記は全てをセットで調達しなければならないものではありません。

11章 様式の記入例

1. 様式一覧

11-1 整備計画書類

- 11-1-1 整備計画書（別記様式第1）①个人防护具をバラで購入する場合
- 11-1-2 整備計画書（別記様式第1）②个人防护具をセットで購入する場合
- 11-1-3 整備計画の概要（別記様式第1の別紙）

11-2 交付申請書類

- 11-2-1 交付申請書（要綱様式第1号）
- 11-2-2 交付申請書別紙1（要綱様式第1号別紙1）
- 11-2-3 交付申請書別紙2（要綱様式第1号別紙2）
- 11-2-4 要件確認申立書
- 11-2-5 暴力団等審査情報
- 11-2-6 債権債務者登録申出書（別記様式第2）
- 11-2-7 歳入歳出予算見込書抄本（別記様式第3）
- 11-2-8 変更交付申請書（要綱様式第3号）

11-3 実績報告書類

- 11-3-1 実績報告書（要綱様式第4号）
- 11-3-2 実績報告書別紙1（要綱様式第4号別紙1）
- 11-3-3 実績報告書別紙2（要綱様式第4号別紙2）
- 11-3-4 歳入歳出決算見込書抄本（別記様式第4）
- 11-3-5 検収調書（別記様式第5）

11-4 仕入控除税額の報告書類

- 11-4-1 仕入控除税額報告書（要綱様式第2号）
- 11-4-2 仕入控除税額報告書の別紙（要綱様式第2号の別紙）

次ページ以降に各種記入例を掲載していますので、交付申請事務を行うにあたっては、それらを参考に書類を作成してください。

【記入例の見方】

- ・記入例中、赤字部分が医療機関において記入する項目となります。（「記入例」の記載や吹き出し注意事項など、記入例として補足追記したものを除く）
なお、様式を印刷する際の用紙は、全て日本工業規格（JIS）A列4番としてください。

11-1 整備計画書類

11-1-1 整備計画書（別記様式第1） ①個人防護具をバラで購入する場合

別記様式第1

記入例

令和〇〇年〇〇月〇〇日

大阪府知事 様

令和〇〇年度 大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金・整備計画書

医療機関名	医療法人〇〇会 〇〇病院
医療機関所在地 (二次医療圏名を併記)	大阪府大阪市中央区大手前2丁目 (大阪市)
開設者氏名(法人の場合は、名称 及び代表者の職氏名)	医療法人〇〇会 理事長 〇〇 〇〇
開設者住所(法人の場合は、主たる 事務所の所在地)	大阪府大阪市中央区大手前2丁目
担当者名	〇〇課 〇〇 〇〇
電話	06-1234-5678
FAX	06-1234-5678
E-Mail	aaaa@xxxx.xxx

標題について、下表のとおりとします。

個人防護具の合計整備人数を記入すること

価格は税込みで記入すること

(単位：円)

対象設備	形式及び規格	入数	数量	税込単価	購入予定価格 (税込総額)	備考	
人工呼吸器	商品名or規格名		1	2,200,000	2,200,000	(a)	
個人 防 護 具	人数分		延べ100人分 (10人・10日分)				
	マスク	商品名or規格名	100	10	1,050.0	10,500	
	ゴーグル	商品名or規格名	1	10	1,260.0	12,600	
	ガウン	商品名or規格名	10	100	1,575.0	157,500	
	グローブ	商品名or規格名	10	100	735.0	73,500	
	キャップ	商品名or規格名	100	10	1,050.0	10,500	
	フェイスシールド	商品名or規格名	1	10	1,470.0	14,700	
	合計					279,300	(b)
簡易陰圧装置	商品名or規格名		1	3,150,000	3,150,000	(c)	
合計 (a) + (b) + (c) = 総事業費					5,629,300		

※単価欄・購入予定価格欄には税込額を記入すること。

※単価欄には購入する最小単位での価格を記入すること。ただし、見積書の記載が納入単位でなく個数あたりの単価となっている場合は、見積書の記載に準ずること。

※入数欄には購入する最小単位での入数を記入すること。(例：マスク100枚入を10箱購入する場合、入数欄に100、数量欄に10と記入)

※個人防護具の人数分は、延べ〇〇人分(〇人・〇日分)と記入すること。

※簡易陰圧装置の整備を行う場合は、施設全体の平面図(設備の設置予定箇所をマーク)及び設備を設置する室の平面図を添付すること。

11-1-2 整備計画書（別記様式第1） ②個人防護具をセットで購入する場合

別記様式第1

記入例

令和〇〇年〇〇月〇〇日

大阪府知事 様

令和〇〇年度 大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金・整備計画書

医療機関名	医療法人〇〇会 〇〇病院
医療機関所在地 (二次医療圏名を併記)	大阪府大阪市中央区大手前2丁目 (大阪市)
開設者氏名(法人の場合は、名称 及び代表者の職氏名)	医療法人〇〇会 理事長 〇〇 〇〇
開設者住所(法人の場合は、主たる 事務所の所在地)	大阪府大阪市中央区大手前2丁目
担当者名	〇〇課 〇〇 〇〇
電話	06-1234-5678
FAX	06-1234-5678
E-Mail	aaaa@xxxxxxx

標題について、下表のとおりとします。

個人防護具の合計整備人数を記入すること

価格は税込みで記入すること

(単位：円)

対象設備	形式及び規格	入数	数量	税込単価	購入予定価格 (税込総額)	備考
人工呼吸器	商品名or規格名		1	2,200,000	2,200,000	(a)
個人 防 護 具	人数分		延べ100人分 (10人・10日分)			
	マスク	商品名or規格名	10	2,793.0	279,300	
	ゴーグル					
	ガウン					
	グローブ					
	キャップ					
	フェイスシールド					
合計						
簡易陰圧装置	商品名or規格名		1	3,150,000	3,150,000	(c)
合計 (a)					5,629,300	パッケージにシューズカバー等、補助対象外 物品が入っていないこと

※単価欄・購入予定価格欄には税込額を記入すること。

※単価欄には購入する最小単位での価格を記入すること。ただし、見積書の記載が納入単位でなく個数あたりの単価となっている場合は、見積書の記載に準ずること。

※入数欄には購入する最小単位での入数を記入すること。(例：マスク100枚入を10箱購入する場合、入数欄に100、数量欄に10と記入)

※個人防護具の人数分は、延べ〇〇人分(〇人・〇日分)と記入すること。

※簡易陰圧装置の整備を行う場合は、施設全体の平面図(設備の設置予定箇所をマーク)及び設備を設置する室の平面図を添付すること。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

令和〇〇年度大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金
整備計画の概要

医療機関名	医療法人〇〇会 〇〇病院
医療機関所在地 (二次医療圏名を併記)	大阪市中央区大手前2丁目 (大阪市)
開設者氏名(法人の場合は、 名称及び代表者の職氏名)	医療法人〇〇会 理事長 〇〇 〇〇
開設者住所(法人の場合は、 主たる事務所の所在地)	大阪市中央区大手前2丁目

整備計画書の内容と同じであること

1. 今回整備予定設備

整備予定設備名	数 量
人工呼吸器	1台
個人防護具	延べ100人分 (10人、10日分)
簡易陰圧装置	1台

2. 新型インフルエンザ入院患者受入体制

補助の有無を問わず記入すること

(1) 現行

患者種別	陰圧以外の病床数		陰圧病床数		合計	備 考	
	個室	相室	個室	相室			
一般	6床	2床	1床	4床	13床		
ハイリスク	透析	1床	0床	1床	0床	2床	
	妊婦	5床	6床	3床	1床	15床	
	小児	4床	0床	0床	3床	7床	
	その他	1床	0床	0床	0床	1床	慢性呼吸器疾患患者等

(2) 今回整備後

患者種別	陰圧以外の病床数		陰圧病床数		合計	備 考	
	個室	相室	個室	相室			
一般	6床	2床	1床	4床	13床		
ハイリスク	透析	1床	0床	1床	0床	2床	
	妊婦	6床	6床	4床	1床	17床	
	小児	4床	0床	0床	3床	7床	
	その他	2床	0床	1床	0床	3床	慢性呼吸器疾患患者等

4. 過去に他の補助金を受けて整備した設備又は施設概要

年 度	補助金名	整備した設備 又は施設	整備数
平成21年度	大阪府新型インフルエンザ協力医療機関施設整備補助金	簡易陰圧装置	1
年度			
年度	この補助金以外の補助金を受けて整備したものを記入すること		
年度			

11-2 交付申請書類
 11-2-1 交付申請書（要綱様式第1号）
 様式第1号（第5条関係）

記入例

大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金交付申請書

〇〇第〇〇〇〇号
 令和〇〇年〇〇月〇〇日

大阪府知事様

医療機関名	医療法人〇〇会 〇〇病院
医療機関所在地 (二次医療圏名を併記)	大阪府中央区大手前2丁目 (大阪市)
開設者氏名(法人の場合は、名称及び代表者の職氏名)	医療法人〇〇会 理事長 〇〇 〇〇
開設者住所(法人の場合は、主たる事務所の所在地)	大阪府中央区大手前2丁目

令和〇〇年度において大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金を次のとおり受けたいので、大阪府補助金交付規則第4条第1項の規定により申請します。

記

補助事業の目的及び内容	新型インフルエンザの入院患者を受け入れるために必要な医療資材の整備
補助事業の経費の配分	別紙、経費所要額明細書のとおり
補助事業の経費の使用方法	直接執行 1,000円未満切り捨て
交付を受けようとする補助金の額	2,719,000円
関係書類	<ol style="list-style-type: none"> 1. 経費所要額内訳書(様式第1号別紙1) 2. 経費所要額明細書(様式第1号別紙2) 3. 当該事業に係る歳入歳出予算(見込)書の抄本(非営利法人にあっては定款又は寄付行為及び収入支出予算書(見込)抄本) (当該補助事業の支出予定額を備考欄等に記入すること) 4. 見積書 5. カタログ等仕様のわかる書類 6. 債権債務者申出書 7. その他参考となる資料

11-2-2 交付申請書別紙1 (要綱様式第1号別紙1)

(様式第1号別紙1)

大阪府新型コロナウイルス患者入院医療機関設備整備事業補助金・経費所要額内訳書

(医療機関名)

医療法人〇〇会 〇〇病院

実際に整備する数量を記入すること
個人防護具については、延べ人数分を記入すること

(単位:円)

区分	整備数量 (A)	総事業費 (B)	寄付金その他の 収入額 (C)	差引事業費 (B)-(C) =(D)	対象経費の実支 出予定額 (E)	基準額 (F)	選定額 (G)	府費補助基本額 (H)	府費補助所要額 (G)×補助率2/3 (I)
(1) 人工呼吸器	1台	2,200,000	0	2,200,000	2,200,000	2,200,000	2,200,000		
(2) 個人防護具	延べ100人分 (10人・10日分)	279,300	0	279,300	279,300	360,000	279,300		
(3) 簡易陰圧装置	1台	3,150,000	0	3,150,000	1,600,000	4,320,000	1,600,000		
合計		5,629,300	0	5,629,300	4,079,300	6,880,000	4,079,300	4,079,300	2,719,000

(注)

F欄は、大阪府の基準額(交付要綱及び手引きを参照)を記入
G欄は、E欄とF欄を比較して少ない方の額を記入すること。

I欄は、H欄の額に2/3を乗じて得た額を記入すること。ただし、1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てるものとする。

原則として本補助金の対象となるのは機器購入費のみとなるので、総事業費5,629,300円のうち機器購入費相当分を計上すること

(様式第1号別紙2)

経費所要額明細書

(医療機関名)

医療法人〇〇会 〇〇病院

(単位：円)

対象設備	形式及び規格	入数	数量	税込単価	購入予定価格 (税込総額)	
人工呼吸器	商品名or規格名		1	2,200,000	2,200,000 (a)	
個人防護具	人数分		延べ100人分 (10人・10日分)			
	マスク	商品名or規格名	100	10	1,050.0	10,500
	ゴーグル	商品名or規格名	1	10	1,260.0	12,600
	ガウン	商品名or規格名	10	100	1,575.0	157,500
	グローブ	商品名or規格名	10	100	735.0	73,500
	キャップ	商品名or規格名	100	10	1,050.0	10,500
	フェイスシールド	商品名or規格名	1	10	1,470.0	14,700
	合計					279,300 (b)
簡易陰圧装置	商品名or規格名		1	3,150,000	3,150,000 (c)	
合計((a)+(b)+(c))=総事業費					5,629,300	

※単価欄・購入予定価格欄には税込額を記入すること。

※単価欄には購入する最小単位での価格を記入すること。ただし、見積書の記載が納入数量でなく個数あたりの単価となっている場合は、見積書の記載に準ずること。

※数量欄には購入する最小単位×購入数を記入し、入数欄に購入する最小単位での入数を記入すること。(例：マスク100枚入を10箱購入する場合、入数欄に100、数量欄に10と記入)

※個人防護具の人数分は、延べ〇〇人分(〇人・〇日分)と記入すること。

※簡易陰圧装置の整備を行う場合は、施設全体の平面図(設備の設置予定箇所をマーク)及び設備を設置する室の平面図を添付すること。

要件確認申立書

大阪府知事 様

私（当団体）は、大阪府補助金交付規則（以下「規則」という。）第4条第2項第3号の規定に基づき、大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金にかかる交付申請を行うにあたり、下記の内容について申立てます。

※補助事業者が市町村の場合は提出不要

記

※各項目を確認し、はい・いいえのどちらかを○で囲んでください。

申 立 事 項		
1	暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第2号に規定する 暴力団 、同法第2条第6号に規定する 暴力団員 、大阪府暴力団排除条例第2条第4号に規定する 暴力団密接関係者 である。 ※「暴力団密接関係者」については、次の2～6も確認してください。	はい・ <input checked="" type="radio"/> いいえ
2	自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、 暴力団 又は 暴力団員 を利用するなどしている。	はい・ <input checked="" type="radio"/> いいえ
3	暴力団 又は 暴力団員 に対して、資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的あるいは積極的に 暴力団 の維持、運営に協力し、若しくは関与している。	はい・ <input checked="" type="radio"/> いいえ
4	暴力団 又は 暴力団員 であることを知りながらこれを不当に利用するなどしている。	はい・ <input checked="" type="radio"/> いいえ
5	暴力団 又は 暴力団員 と社会的に非難されるべき関係を有している。	はい・ <input checked="" type="radio"/> いいえ
6	（事業者においては、）次に掲げる者のうちに暴力団員又は上記2～5のいずれかに該当する者がいる。 ・事業者の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるか否かを問わず、当該事業者に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等以上の支配力を有するものと認められる者を含む。） ・支配人、本店長、支店長、営業所長、事務所長その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、営業所、事務所その他の組織（以下「営業所等」という。）の業務を統括する者 ・営業所等において、部長、課長、支店次長、副支店長、副所長その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、それらと同等以上の職にあるものであって、事業の利益に重大な影響を及ぼす業務について、一切の裁判外の行為をする権限を有し、又は当該営業所等の業務を統括する者の権限を代行し得る地位にある者 ・事実上事業者の経営に参加していると認められる者	はい・ <input checked="" type="radio"/> いいえ
7	法人にあっては罰金の刑、個人にあっては禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又はその執行を受けることがなくなった日から1年を経過しない者である。	はい・ <input checked="" type="radio"/> いいえ
8	公正取引委員会から私的独占の禁止及び公正取引の確保に関する法律第49条に規定する排除措置命令又は同法第62条第1項に規定する納付命令を受け、その必要な措置が完了した日又はその納付が完了した日から1年を経過しない者である。	はい・ <input checked="" type="radio"/> いいえ
9	規則第2条第2号イ～ハまでのいずれかの該当の有無等に関して調査が必要となった場合には、大阪府が求める必要な情報又は資料を遅滞なく提出するとともに、その調査に協力し、調査の結果、該当することが判明した場合には、規則第15条に基づき、補助金の交付の決定の全部又は一部を取り消されても、何ら異議の申し立てを行いません。	<input checked="" type="radio"/> はい・いいえ

10	間接補助事業者に当該補助事業の全部又は一部を行わせる場合には、当該間接補助事業者が上記各号のいずれかに該当することとなった場合又はいずれかに該当していたことが判明した場合にその旨を直ちに届出ます。	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>
11	暴力団等審査情報を、大阪府暴力団排除条例第24条に基づき、大阪府警察本部に提供することに同意する。	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>

※「1」～「8」で「はい」に「○」を付けた場合及び「9」で「いいえ」を付けた場合は、補助金の支給を受けることはできません。

交付申請（様式第1号）と同じ日付にしてください。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住所（所在地） 大阪市中央区大手前2丁目

名称（団体名） 医療法人〇〇会

氏名（代表者） 理事長 大阪 花子

記入例

11-2-5 暴力団等審査情報（様式第1号別紙4） （様式第1号別紙4）

暴力団等審査情報

大阪府補助金交付規則（以下「規則」という。）第4条第2項第3号の規定に基づき、大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金に係る交付申請を行うにあたり、規則第2条第2号イに該当しないことを審査するため、本書面を提出するとともに、大阪府暴力団排除条例第24条に基づき、大阪府警察本部へ提供することに同意します。なお、役員の変更があった場合は、直ちに本様式をもって報告します。

	役員等氏名		生年月日(半角英数字)				⑦性別 (半角英字)	⑧法人名	⑨所在地(法人所在地)
	①カナ氏名(半角)	②漢字氏名	③元号	④年	⑤月	⑥日			
入力例	オサカ 知ウ	大阪 太郎	S	25	01	10	M	法人名	法人所在地
1									
2									
3									
4									

**※補助事業者が
市町村、独立行政法人、地方独立行政法人、国立大学法人、公立大学法人、公益社団法人、公益財団法人、特殊法人（特殊会社）、認定／特例認定 特定非営利活動法人
の場合は提出不要**

※入力方法（必ずご確認ください）

- ①カナ氏名 半角カナを用い、姓と名の間に半角スペースを入力
- ②漢字氏名 全角漢字を用い、姓と名の間に全角スペースを入力
- ③元号 選択リストから選択してください（明治は「M」、大正は「T」、昭和は「S」、平成は「H」を選択）
- ④年 半角数字を用い、1年から9年については年の頭に「0」を付加（「01」～「09」）
- ⑤月 半角数字を用い、1月から9月については月の頭に「0」を付加（「01」～「09」）
- ⑥日 半角数字を用い、1日から9日については日の頭に「0」を付加（「01」～「09」）
- ⑦性別 選択リストから選択してください（男性は「M」、女性は「F」を選択）
- ⑧法人名 カナ氏名を入力すると、右下に入力した法人名が複写されます
- ⑨所在地 カナ氏名を入力すると、右下に入力した法人所在地が複写されます

交付申請（様式第1号）と
同じ日付にしてください。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

※役員数に応じ、適宜行を追加してください。

*この様式は、紙様式の他、別途、電子データ（エクセル形式）でもご提出をお願いします。

電子データ送付の際は、ファイル名に法人名を記載してください。

（電子データ提出先）

kansenshotaisaku-g03@gbox.pref.osaka.lg

⑨ 法人所在地： 大阪市中央区大手前2丁目

⑧ 法人名： 医療法人〇〇会

代表者名： 理事長 大阪 花子

別記様式第2

債権債務者登録申出書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

大阪府知事 様

医療機関名	医療法人〇〇会 〇〇病院
医療機関所在地 (二次医療圏名を併記)	大阪市中央区大手前2丁目 (大阪市)
開設者氏名(法人の場合は、 名称及び代表者の職氏名)	医療法人〇〇会 理事長 〇〇 〇〇
開設者住所(法人の場合は、 主たる事務所の所在地)	大阪市中央区大手前2丁目

補助金交付確定額の振込みについては、下記口座に行っていただきますようお願いいたします。

フリガナ	イリョウハウジンマルマルカイ
開設者氏名 (法人の場合は名称)	医療法人〇〇会
開設者所在地	〒540-8570 大阪市中央区大手前2丁目
金融機関名	〇〇銀行
本支店名	〇〇支店
口座種別	普通
口座番号	1234567
フリガナ	イリョウハウジンマルマルカイ
口座名義	医療法人〇〇会

【債権債務者登録申出書の提出について】

本申出書は、交付申請書類を提出する際に提出してください。(本補助金額確定後に本府より振込を行う際の振込先情報として使用します)

別記様式第3

令和〇〇年度 歳入歳出予算見込書（抄本）

医療機関名

医療法人〇〇会 〇〇病院

事業名

新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業

（歳入の部）

（単位：円）

本補助金による歳入額は、交付申請額と同額にすること

項 目	額	備 考
大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金	2,719,000	
自己資金	2,910,300	
合 計	5,629,300	

総事業費から本補助金による歳入額を引いた額は、自己資金や企業債等により賄われていること

歳入の合計は各項目の合計であり、総事業費であること

（歳出の部）

（単位：円）

項 目	金 額	備 考
医療機器備品費	5,350,000	
診療材料費	279,300	
合 計	5,629,300	

歳出項目は、医療機関において支出する際の費目を記入すること

歳出の合計は各項目の合計であり、総事業費であること

上記のとおりであることを証明します。

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

医療機関として証明を行うこと

医療機関名

医療法人〇〇会 〇〇病院

開設者氏名

医療法人〇〇会

（法人の場合は、名称及び代表者の職氏名）

理事長 〇〇 〇〇

様式第3号（第7条関係）

大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金変更交付申請書

〇〇第〇〇〇〇号
令和〇〇年〇〇月〇〇日

大阪府知事様

医療機関名	医療法人〇〇会 〇〇病院
医療機関所在地 (二次医療圏名を併記)	大阪市中央区大手前2丁目 (大阪市)
開設者氏名(法人の場合は、 名称及び代表者の職氏名)	医療法人〇〇会 理事長 〇〇 〇〇
開設者住所(法人の場合は、 主たる事務所の所在地)	大阪市中央区大手前2丁目

令和〇〇年度における大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金については、令和〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇〇〇号で交付決定を受けましたが、その後の事情の変更により、交付額を次のとおり変更されたく申請します。

1. 今回追加交付（一部取消）申請額	金 1, 467, 000円
内訳 既交付決定（内示）額	金 2, 719, 000円
変更後所要額	金 1, 252, 000円

2. 変更を必要とする理由

当初、本補助金事業による人工呼吸器の購入を予定しておりましたが、院内保有備品の故障により、急遽故障した備品の補完が必要となったことから、本補助事業における人工呼吸器購入費の捻出が困難となってしまい、人工呼吸器の整備を見合わせざるを得なくなったため。

3. 関係書類

- (1) 経費所要額内訳書（様式第1号別紙1及び2に準じて作成すること。）
- (2) その他参考となる資料

11-3 実績報告書類

11-3-1 実績報告書（要綱様式第4号）

様式第4号（第8条関係）

記入例

大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金実績報告書

〇〇第〇〇〇〇号
令和〇〇年〇〇月〇〇日

大阪府知事様

医療機関名	医療法人〇〇会 〇〇病院
医療機関所在地 （二次医療圏名を併記）	大阪市中央区大手前2丁目 （大阪市）
開設者氏名（法人の場合は、 名称及び代表者の職氏名）	医療法人〇〇会 理事長 〇〇 〇〇
開設者住所（法人の場合は、 主たる事務所の所在地）	大阪市中央区大手前2丁目

令和〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号で交付決定のあった令和〇〇年度における大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金について、大阪府補助金交付規則第12条の規定により、その実績を関係書類を添えて報告します。

1. 精算金額 金2,719,000円

2. 関係書類

- (1) 経費精算額内訳書 様式第4号別紙1
- (2) 経費清算額明細書 様式第4号別紙2
- (3) 当該事業に係る歳入歳出決算（見込）書の抄本（非営利法人にあっては定款又は寄付行為及び収入支出決算（見込）抄本）
（当該補助事業の決算額を備考欄等に記入すること）
- (4) 契約書（契約書（150万円を超えない契約については請書も可）の写し
- (5) 納品書の写し
- (6) 検収調書の写し
- (7) 納品時に撮影した写真
- (8) 請求書等支払金額の確認できる書類の写し
- (9) その他参考となる書類

11-3-2 実績報告書別紙1 (要綱様式第4号別紙1)

記入例

(様式第4号別紙1)

大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金・経費精算額内訳書

(医療機関名)

医療法人〇〇会 〇〇病院

(単位:円)

区分	整備数量	総事業費	寄付金その他の 収入額	差引事業費 (B)-(C) (D)	対象経費の実支 出予定額 (E)	基準額 (F)	選定額 (G)	府費補助基本額 (H)	府費補助所要額 (G)×補助率2/3 (I)	交付決定額 (受入額) (J)	差引増減額 (J)-(I) (K)
	(A)	(B)	(C)								
(1) 人工呼吸器	1台	2,200,000	0	2,200,000	2,200,000	2,200,000	2,200,000	2,200,000			
(2) 個人防護具	延べ100人分 (10人・10日分)	279,300	0	279,300	279,300	360,000	279,300	279,300			
(3) 簡易陰圧装置	1台	3,150,000	0	3,150,000	1,600,000	4,320,000	1,600,000	1,600,000			
合計		5,629,300	0	5,629,300	4,079,300	6,880,000	4,079,300	4,079,300	2,719,000	2,719,000	0

(注)

F欄は、大阪府の基準額（交付要綱及び手引きを参照）を記入すること。

G欄は、E欄とF欄を比較して少ない方の額を記入すること。

I欄は、Hの額に2/3を乗じて得た額を記入すること。ただし、1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てるものとする。

(様式第4号別紙2)

経費精算額明細書

記入例

(医療機関名)

医療法人〇〇会 〇〇病院

(単位:円)

対象設備	形式及び規格	入数	数量	税込単価	購入価格 (税込総額)	
人工呼吸器	商品名or規格名		1	2,200,000	2,200,000 (a)	
個人防護具	人数分		延べ100人分 (10人、10日分)			
	マスク	商品名or規格名	100	10	1,050.0	10,500
	ゴーグル	商品名or規格名	1	10	1,260.0	12,600
	ガウン	商品名or規格名	10	100	1,575.0	157,500
	グローブ	商品名or規格名	10	100	735.0	73,500
	キャップ	商品名or規格名	100	10	1,050.0	10,500
	フェイスシールド*	商品名or規格名	1	10	1,470.0	14,700
	合計					279,300 (b)
簡易陰圧装置	商品名or規格名		1	3,150,000	3,150,000 (c)	
合計((a)+(b)+(c))=総事業費					5,629,300	

※単価欄・購入価格欄には税込額を記入すること。

※単価欄には購入する最小単位での価格を記入すること。ただし、見積書の記載が納入数量でなく個数あたりの単価となっている場合は、見積書の記載に準ずること。

※数量欄には購入する最小単位×購入数を記入し、入数欄に購入する最小単位での入数を記入すること。(例: マスク100枚入を10箱購入する場合、入数欄に100、数量欄に10と記入)

※個人防護具の人数分は、延べ〇〇人分(〇人・〇日分)と記入すること。

別記様式第4

令和〇〇年度 歳入歳出決算見込書（抄本）

医療機関名

医療法人〇〇会 〇〇病院

事業名

新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業

（歳入の部）

（単位：円）

本補助金による歳入額は、交付申請額と同額にすること

項目	金額	備考
大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金	2,719,000	
自己資金	2,910,300	
合計	5,629,300	

総事業費から本補助金による歳入額を引いた額は、自己資金や企業債等により賅われていること

歳出項目は、医療機関において支出する際の費目を記入すること

（歳出の部）

（単位：円）

項目	金額	備考
医療機器備品費	5,350,000	
診療材料費	279,300	
合計	5,629,300	

歳出項目は、医療機関において支出する際の費目を記入すること

歳出の合計は各項目の合計であり、総事業費であること

上記のとおりであることを証明します。

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

医療機関として証明を行うこと

医療機関名

医療法人〇〇会 〇〇病院

開設者氏名

医療法人〇〇会

（法人の場合は、名称及び代表者の職氏名）

理事長 〇〇 〇〇

検収調書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(医療機関名) 医療法人〇〇会 〇〇病院
(部署名) 〇〇課
(検収者氏名) 〇〇 〇〇

納入検査を行った者の氏名を記載

検収の結果、以下のとおり仕様書に適合するものと認め

納入物品ごとに作成

- 品名 人工呼吸器（商品名又は規格）
- 数量 1台
- 金額 金2,200,000円
(うち消費税及び地方消費税等の額200,000円)
- 契約業者 〇〇医療機器株式会社
- 納入年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日
- 納入場所 医療法人〇〇会 〇〇病院 〇〇〇号室
- 検収年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

納入金額を記入

必ず納品時の写真を添付すること

様式第2号（第6条関係）

大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金
消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

〇〇第〇〇〇〇号
令和〇〇年〇〇月〇〇日

大阪府知事様

医療機関名	医療法人〇〇会 〇〇病院
医療機関所在地 (二次医療圏名を併記)	大阪市中央区大手前2丁目 (大阪市)
開設者氏名(法人の場合は、 名称及び代表者の職氏名)	医療法人〇〇会 理事長 〇〇 〇〇
開設者住所(法人の場合は、 主たる事務所の所在地)	大阪市中央区大手前2丁目

令和〇〇年〇〇月〇〇日〇〇第〇〇〇〇号により交付決定があった大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金について、交付決定通知書により付された条件に基づき、下記のとおり報告します。

記

- 補助金等にかかる予算の執行の適正化に関する法律第15条に基づく額の確定額又は事業実績報告額
金 2, 719, 000円
- 消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額
金 5, 860円
(うち国庫返還相当額 金 2, 928円)
- 関係書類
 - 仕入控除税額計算書(様式第2号別紙)
 - 課税売上割合がわかる書類(一般の消費税申告書に添付する付表2又はそれに代わるもの)
 - その他参考となる資料

消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額計算書

基本的には着色セルへ記入すれば仕入控除税額は自動計算されるようになっています。自動計算結果が税務署への申告内容と異なる場合は、手入力にて申告額を記入してください。

医療機関名	医療法人〇〇会 〇〇病院		
医療機関所在地	大阪市中央区大手前2丁目		
開設者氏名（法人の場合は、名称及び代表者の職氏名）	医療法人〇〇会 理事長 〇〇 〇〇		
開設者住所（法人の場合は、主たる事務所の所在地）	大阪市中央区大手前2丁目		
補助金等の名称	大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金		
交付年度	令和〇〇年	確定額（報告額）	2,719,000

特定収入額		確定通知額を記入
内訳	大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金	2,719,000
合計		2,719,000

本補助金以外の特定収入がある場合は追記してください。また、行が不足する場合は別紙にまとめ、本表の合計欄に合計額を手入力してください。

課税売上割合・控除対象仕入税額等の計算表（付表2）	課税資産の譲渡等の対価の額（付表2 ④）	3,240,000
	非課税売上額（付表2 ⑥）	108,000,000
	資産の譲渡等の対価の額（合計額）（付表2 ⑦）	111,240,000
	課税売上割合（%）	2.91
	特定収入割合（%）	2.38

原則、課税売上割合の端数は小数点第二位止まりとし、自動計算結果の数値を使用してください（仕入控除税額に誤差が生じます）。

1 返還が生じない場合

②簡易課税制度を適用し、みなし仕入率により仕入控除税額の計算を行っている

↑ 該当する場合、ドロップダウンより選択してください。

①免税事業者であり、消費税等の申告義務がない

②簡易課税制度を適用し、みなし仕入率により仕入控除税額の計算を行っている

③特定収入割合が5%を超えており、仕入控除税額について調整計算を行っている

④その他（選択した場合、以下に詳細を記入）

原則として①～③の理由に該当しなければ返還が生じます。

2 返還が生じる場合

① 課税売上割合が95%未満の場合

← 該当する場合、ドロップダウンより選択してください。

返還が生じない場合に該当する場合、以下の表については記入不要です。

2 返還が生じる場合に該当する場合、以下の①または②の表を記入

記入例 2/2

① 課税売上割合が95%未満の場合

(単位はすべて円)

要府補助金等返還相当額計算表			
特定収入割合(%)	2.38	課税売上割合(%)	2.91
国庫補助金等確定(報告)額	1,359,000	府県市補助金等確定(報告)額	2,719,000
消費税に係る仕入控除税額		確定通知額を記入	
		4,615	
		(うち、国庫返還相当額)	
		2,306	
地方消費税に係る仕入控除税額		1,245	
		(うち、国庫返還相当額)	
		622	
合計(府返還相当額)		5,860	
		(うち、国庫返還相当額)	
		2,928	

② 課税売上割合が95%以上の場合

(単位はすべて円)

要府補助金等返還相当額計算表			
特定収入割合(%)	2.38	課税売上割合(%)	2.91
国庫補助金等確定(報告)額	-	府県市補助金等確定(報告)額	
消費税に係る仕入控除税額		-	
		(うち、国庫返還相当額)	
		-	
地方消費税に係る仕入控除税額		-	
		(うち、国庫返還相当額)	
		-	
合計(府返還相当額)		-	
		(うち、国庫返還相当額)	
		-	

要府補助金等返還額	5,860
(うち、国庫返還相当額)	2,928

3 補足

個別対応方式による申告の場合、課税仕入の各配分額をご記入ください。

(一括比例配分方式による申告の場合は、記入不要です。)

	課税売上対応分	非課税売上対応分	共通対応分
金額			

12章 FAQ

1. よくある質問と答え

Q1. 「予算の範囲内」とされていますが、補助が受けられない可能性もあるのでしょうか？

A1. 補助が受けられない可能性もあります。予算の範囲内で、かつ府が定める当該年度の補助計画の範囲内での補助となります。

また、補助対象外の物品などは補助を受けることはできません。

Q2. 内示 (or 交付決定) はいつごろになりますか？

A2. 内示を行うことができるとは限らず、また予算の都合等により複数回に分けて内示を行うこともあるので、内示の有無や時期等について事前にお答えすることはできません。

本補助事業にかかるおおまかなスケジュールは、「補助事業の流れ」を参考にしてください。(必ずしも示すとおりに行進する訳ではありませんので、あくまでも参考としてください)

なお、不採択となった医療機関に対しては通知を行いませんので、予めご了承ください。

Q3. 内示を受けましたが、いつから物品の購入を行うことができますか？

A3. 内示日以降であれば、順次整備（購入）を進めていただいて結構です。（内示前の整備（購入）は補助対象外となりますので注意してください）

Q4. とりあえずの計画として整備計画を提出し、内示を受けたが、実際には物品の購入を行わないこととなったので、交付申請しないこととしたいのですが。

A4. 内示を受けた医療機関は事業の執行を行わなければなりません。このため、整備計画はその必要性等を十分に検討した上で提出してください。

Q5. 内示を受けましたが、整備計画内容と実際に整備する内容を変更したいのですが。

A5. 医療機関は事業計画書類で記載した物品およびそれらの数量どおり調達しなければなりません。

ただし、メーカー側の生産中止など、やむを得ない理由があると認める場合に限り、理由書（任意様式ですが、必ず医療機関代表者から大阪府知事あてとすること。担当者名等での提出は認めません）を添付することによりその後継機種等、同等の性能を確保できるものを申請することができます。