

令和 2 年 1 1 月 5 日

都道府県医師会

担当理事 殿

日本医師会感染症危機管理対策室長

釜 菫 敏

(公印省略)

「発熱外来診療体制確保支援補助金の申請について（インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業）」にかかる
日本医師会への交付申請書等作成依頼書のご案内等について

貴会におかれましては、新型コロナウイルス感染症対策にご尽力を賜り、厚く御礼申し上げます。

令和 2 年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金（インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業）については、「「季節性インフルエンザ、COVID-19 流行を踏まえた発熱患者受け入れ体制（診療・検査医療機関）について」の一部加筆修正について」（令和 2 年 1 0 月 2 3 日付け（地 374）（健Ⅱ 313））にて、また同事業の補助金の概要と交付申請等については、「令和 2 年度インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業及び電話相談体制整備事業のご案内について」（令和 2 年 1 0 月 1 4 日付け（地 357）（健Ⅱ 300））及び「発熱外来診療体制確保支援補助金の申請について（インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業）」（令和 2 年 1 0 月 2 9 日付け（地 380）（健Ⅱ 324））等によりご案内しております。

本補助を受けるにあたりましては、厚生労働省のホームページ等からエクセルファイルをダウンロードして入力の上、添付文書とともに提出する必要がありますが、その入力作業が難しいというお声を頂いたことから、今般、別添の通りご対応させていただくことといたしました。

貴会におかれましてもご了知頂くとともに、貴会管下郡市区医師会や関係医療機関等への周知方につきご高配のほどお願い申し上げます。

なお、上記文書のうち、令和 2 年 1 0 月 2 9 日付け（地 380）（健Ⅱ 324）でお送りしたパワーポイントについて、内容を一部加筆修正したことを併せてお知らせ申し上げますので、ご活用頂ければ幸甚に存じます。

発熱外来診療体制確保支援補助金の申請について

(インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来・検査体制確保事業)

- 日本医師会では、季節性インフルエンザと新型コロナウイルス感染症を臨床的に鑑別することが困難であることを前提に、両者が同時に流行した場合を想定し、各地域の実情に応じ、できるだけ多く、発熱患者の診療を担うことのできる医療機関を確保していただきたいと考えています。
- 国は、インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来・検査体制として、都道府県の指定を受けた「診療・検査医療機関」（名称は都道府県によって異なります）に対し、補助制度を設けています。
- この補助制度は、「診療・検査医療機関」として指定を受け、発熱外来の体制をとっていたにもかかわらず、発熱患者さんの受診がなかった場合には、一定の補償が受けられるという、いわば「体制補償」です。

→ ケースごとの例示（補助金、診療報酬）は [こちら](#)

- 補助を受けるには、厚生労働省のホームページ等からエクセルファイルをダウンロードして入力の上、添付書類とともに提出する必要があります。
ただし、会員の先生によっては、その入力作業が難しいというお声をいただきました。

発熱外来診療にあたっては、「感染症対策実施医療機関安心マーク」の取得、掲示もぜひお願いいたします。



(次ページへ続く)

そこで、日本医師会といたしまして、

会員の先生（あるいはご所属の地域医師会）でのエクセルファイルの入力が難しい場合には、

先生（あるいは地域医師会）より手書きで記入された交付申請書等をお送りいただき、

日本医師会にてエクセルファイルに入力し、そのプリントアウトを返送することといたしました。

その後は、先生（あるいは地域医師会）にて、請求書への押印および都道府県の指定通知の添付の上、書類一式を厚生労働省の発熱外来診療体制確保支援事業担当宛にご郵送いただくこととなります。

ご検討のほどよろしくお願いいたします。

【ご参考】

厚生労働省医療提供体制支援補助金コールセンター

TEL : 0120 - 336 - 933

お問い合わせ先

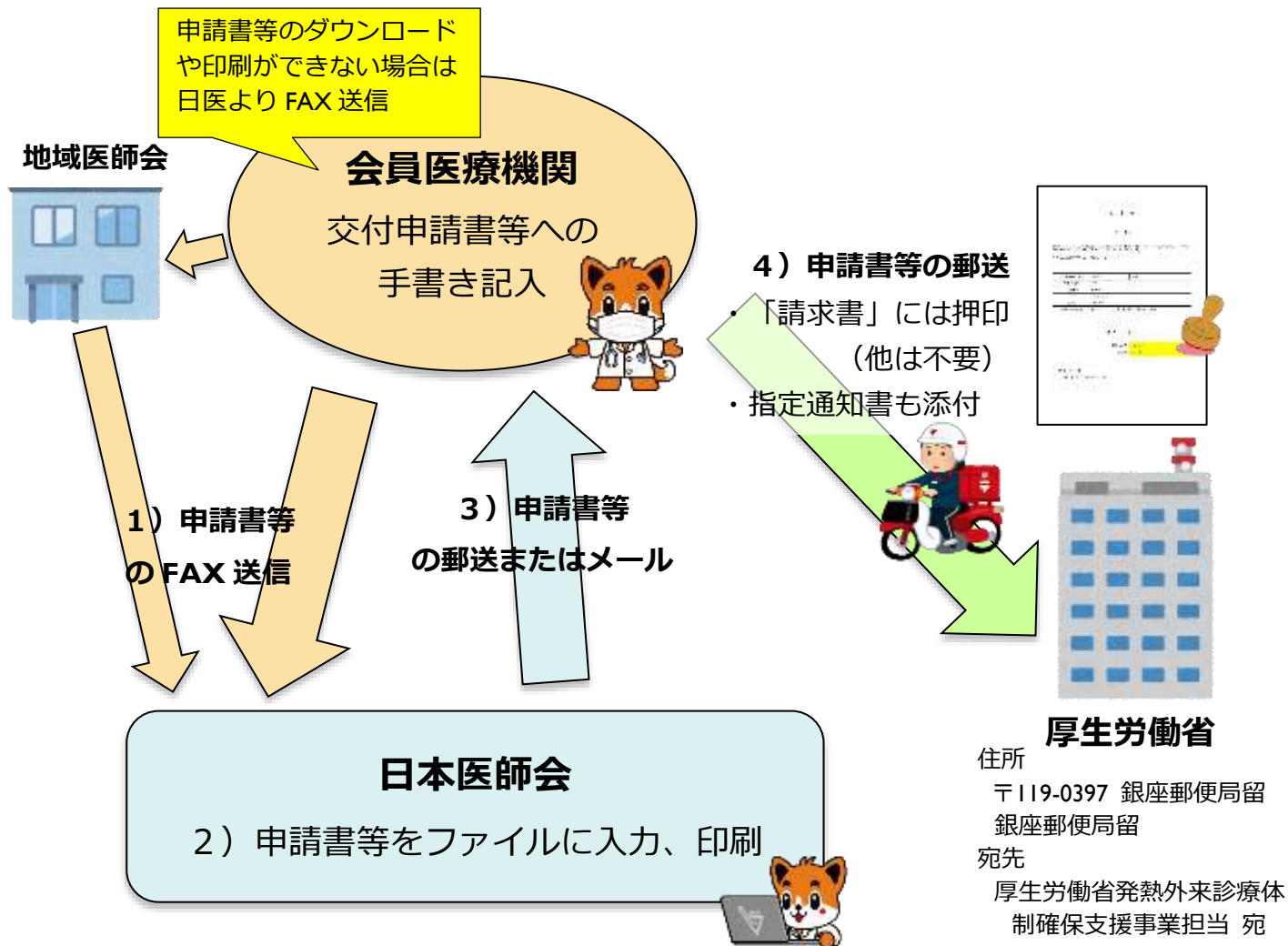
日本医師会事務局

地域医療課

TEL 03-3942-6137

FAX 03-3946-2140

chiiki_1@po.med.or.jp



※このページと交付申請書等を下記宛にお送りください。

日本医師会地域医療課 行(FAX 03-3946-2140 chiiki_1@po.med.or.jp)

発熱外来診療体制確保支援補助金 日本医師会への交付申請書等作成依頼書

1. 日本医師会にお送りいただく手書きでご記入された書類

- ① 交付申請書(厚生労働大臣宛の補助金の交付申請書)
- ② 交付申請書の別紙(医療機関の基本情報や申請内容を記載)
- ③ 厚生労働省への請求書(補助金の支払いのための請求書)
- ④ 収入支出予算(見込)書

上記の書類様式は、厚生労働省ホームページに掲載されている一つのエクセルファイル(<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000696104.xlsx>)にあります。先生の医療機関や地域医師会にてダウンロードや印刷することが難しい場合は、下表にその旨をお答えください。日本医師会より書類をFAX送信いたします。

2. 下表の欄に、所定の事項をご記入ください。

医療機関名	
所在地	〒
電話番号	
FAX 番号	
メールアドレス	
ご担当者氏名・ 役職	(ご記入内容について問い合わせる場合があります)
日本医師会にて作 成した申請書等の 送付先	(上記の医療機関宛の場合は空欄で結構です。地域医師会等の場合はその名称と所在地をご記入ください)
厚生労働省の交付申請書等のダウンロードや印刷が難しいため、 日本医師会よりその FAX 送信を希望される場合は、右の欄に○を 記入してください。	

発熱外来診療体制確保支援補助金 の申請について

(インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の
外来・検査体制確保事業)

2020年11月4日

公益社団法人 日本医師会

発熱外来診療体制確保支援補助金の申請について

(インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来・検査体制確保事業)

- 指定を受けた診療・検査医療機関（仮称）は、時間的・空間的に動線を分離し感染防護策を講じ、発熱患者さんを受入れる体制を確保する曜日と時間帯を確認
- 都道府県に指定された日以降、令和3年3月末までの期間について、交付申請書のエクセルファイルに、①1日想定稼働時間数、②稼働日数、③1日想定受診者数を入力
その結果、自動的に補助金交付総額が計算される
※ 1日想定受診者数はあくまで予想数
- 交付申請書等は、Excelファイル (<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000696104.xlsx>) にて作成し、提出（書類のうち、請求書には印が必要）
※ 交付申請書、交付申請書（別紙）、請求書、参考事例等の記入要領などを参照
- 10月指定分の診療・検査医療機関（仮称）の補助金申請は、なるべく早く国に申請。ただし、10月以内に申請しなければならない、ということはない。
11月以降指定分も含めた最終的な補助金申請の期限は、厚生労働省から別途案内予定
- 交付申請書に添付する「都道府県から『診療・検査医療機関（仮称）』の指定を受けたことを証する書類（都道府県の指定通知書等）は、写しでよい。
※ 指定通知書の写しは、他の指定書類や契約書等を添付しないよう注意

発熱外来診療体制確保支援補助金の申請について

(インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来・検査体制確保事業)

- 補助金の支払いは2回に分けるため、1回目は自動計算された補助金交付総額の半額を、十
万円単位に四捨五入して請求書に記入
 令和3年1月頃までにそれまでの実績を確認し、想定受診者数、時間・日数の設定が大き
く変わる場合は変更申請を行う
 ※ 大きく変わらない場合はそのまま2回目の補助金の請求
- 2回目の補助金の請求時期については厚生労働省より別途案内予定
- 患者受入実績表などに日々の受入れ患者実数を記入して管理（一律に提出は求めない。患
者数に疑義がある場合などに、提出を求めることがありうる）
- 最終的に実数により精算され、補助金交付総額が決定
- 精算の際、精算額が交付済みの補助金額より少ない場合には差額分を返金（利息なし）
- Excelファイルの作成が困難な場合は、会員医療機関や地域医師会より手書き記入した申
請書等を日本医師会地域医療課（FAX03-3946-2140、chiiki_1@po.med.or.jp）へ送信
 日本医師会にて入力の上、当該会員医療機関ないし医師会へメール返信

発熱外来診療体制確保支援補助金の申請について

(インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来・検査体制確保事業)

- 患者受入実績表とは別に、G-MISに毎日の実績報告を入力（毎日の入力が難しい場合は、さかのぼっての入力や一週間分を取りまとめた報告も可能）
- 発熱外来の診療日・診療時間には様々なケースがある。日本医師会Webサイト「季節性インフルエンザ、COVID-19流行を踏まえた発熱患者受け入れ体制（診療・検査医療機関）について」を参照
(http://www.med.or.jp/doctor/kansen/novel_corona/009082.html)
- 診療・検査医療機関に対しては、PPE（個人防護具）として、国が、サージカルマスク、フェイスシールド、長袖ガウン、手袋を無償配布
※ 国から直接送付が基本（都道府県から送付する場合もあり）
- その他、ご質問は、日本医師会地域医療課（chiiki_1@po.med.or.jp）へ

記入例 その1

- ・令和2年10月20日指定、令和3年3月末まで、月曜日から金曜日まで1日2時間、土曜日は4時間の受入体制を確保した場合
- ・一日想定受診者数をそれぞれ2人、5人と想定（あくまで想定で記入）

金額欄は、自動で算出されるため、何も入力しないでください。

黄色の欄（セル）のみ入力してください。

Ⅲ. 事業計画 ※本事業実施期間の1日想定稼働時間数、1日想定受診者数、稼働日数見込を記載して下さい。複数の診療室を運用する場合には、診療室②、③の行に記入して下さい。

事業開始月	令和	2	年	10	月	事業終了月	令和	3	年			3	月
項目	内 容											金 額 (円)	
診療室①	1日想定稼働時間数	2	時間	稼働日数	100	日	1日想定受診者数	2	人	基準額	13447	円	4,994,600
診療室②	1日想定稼働時間数	4	時間	稼働日数	22	日	1日想定受診者数	5	人	基準額	13447	円	1,901,790
診療室③	1日想定稼働時間数		時間	稼働日数		日	1日想定受診者数		人	基準額	13447	円	0
合 計 (a)													6,896,390
上限額	1日1室当たり最大	20	人	基準額	13447	円	稼働日数	122	日 (b)				32,810,680
上記支出に対する本補助金以外の寄付金やその他の収入（診療報酬収入は除く）があれば、収入額を記載して下さい (c)													0
(a) - (c) = (d)													6,896,390
補助申請額(a)と(b)と(d)を比較して少ない方の額							6,896,000		円				

診療室が同じでも「1日想定稼働時間数」又は「想定受診者数」が異なる場合は①、②、③に分けてそれぞれ記載してください。行が足りない場合は適宜行を追加してください。

記入例 その2 (自院のかかりつけ患者及び自院に相談のあった患者で発熱患者のみを受け入れる場合)

- ・令和2年10月20日指定、令和3年3月末まで、月曜日から金曜日まで1日2時間の受入体制を確保した場合
- ・一日想定受診者数をそれぞれ2人と想定 (あくまで想定で記入)

金額欄は、自動で算出されるため、何も入力しないでください。

黄色の欄 (セル) のみ入力してください。

項目	内 容										金額 (円)		
診療室①	1日想定稼働時間数	2	時間	稼働日数	100	日	1日想定受診者数	2	人	基準額	13447	円	4,034,100
診療室②	1日想定稼働時間数		時間	稼働日数		日	1日想定受診者数		人	基準額	13447	円	0
診療室③	1日想定稼働時間数		時間	稼働日数		日	1日想定受診者数		人	基準額	13447	円	0
合 計 (a')												4,034,100	
上限額	1日1室当たり最大	5	人	基準額	13447	円	稼働日数	100	日	(b')			6,723,500
上記支出に対する本補助金以外の寄付金やその他の収入 (診療報酬収入は除く) があれば、収入額を記載して下さい (c')													
(a') - (c') = (d')												4,034,100	
補助申請額(a')と(b')と(d')を比較して少ない方の額							4,034,000		円				

診療室が同じでも「1日想定稼働時間数」又は「想定受診者数」が異なる場合は①、②、③に分けてそれぞれ記載してください。行が足りない場合は適宜行を追加してください。

黄色の欄（セル）のみ入力してください。

インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業
交付申請書（事業計画書・所要見込額明細書）

I. 基本情報

1. 申請年月日	令和	2	年	11	月	2	日												
2. 医療機関の名称	にちい医院																		
3. 保険医療機関番号	1111111111																		
4. 医療機関の住所	〒	111-1111	東京都文京区本駒込2-28-16 にちいビル																
5. 医療機関の電話番号	03-0000-0000																		
6. 担当者の所属及び氏名	所属		氏名	日医 花子															
7. 担当者のEメールアドレス	abc@abcd.ne.jp																		
8. 都道府県の診療・検査医療機関(仮称)の指定	指定日	令和	2	年	10	月	20	日											
	指定解除日	令和		年		月		日											
9. 自院のかかりつけ患者及び自院に相談のあった患者である発熱患者等のみを受け入れる「診療・検査医療機関(仮称)」の指定を受けた場合																			

II. 補助金の振込先

金融機関名	日医銀行	支店名	駒込支店
金融機関コード	1234	支店コード	123
口座名義	日医 花子	フリガナ	ニチイ ハナコ
口座種別	普通	口座番号	1234567

黄色の欄（セル）のみ入力してください

番号
令和〇年〇月〇日

厚生労働大臣 殿

補助事業者名 日医医院
代表者氏名 日医 花子

「補助事業者」を医療機関名で、「代表者名」を理事長等の氏名で入力します。
押印は不要です。

令和2年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援
補助金（インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業）交付申請書

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請する。

1. 国庫補助申請額 金6,896,000円
2. 交付申請書（事業計画書及び所要見込額明細書） (別紙)
3. 都道府県から「診療・検査医療機関（仮称）」の指定を受けたことを証する書類（都道府県の指定通知書等）の写し
4. 当該事業に係る収入支出予算書の抄本（当該補助事業の予算額を備考欄等に記入すること。）

令和2年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金
 (インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業) 収入支出予算(見込)書(抄本)

黄色の欄(セル)のみ入力してください。

歳入		歳出	
補助金収入	0	体制確保経費	0
自己資金	0		
寄附金収入	0		
合 計	0	合 計	0

歳入・歳出欄の金額は、自動的に入力されます。

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

医療機関名：
 にちい医院

所在地：
 東京都文京区本駒込2-28-16日医ビル

氏名
 日医 花子

押印は不要です。

黄色の欄（セル）のみ入力してください。

請 求 書

金 3,400,000 円

【令和2年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金（インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業）】について下記のとおり請求します。

なお、上記金額は次の口座へお振り込み下さい。

金融機関・支店名	日医銀行	納込支店
預貯金種別	普通	
口座番号	1234567	
(ふりがな)	ヒチイ ハナコ	
口座名	日医 花子	
郵便番号・住所	111-1111 東京都文京区本駒込2-28-16日医ビル	

令和 年 月 日

補助事業者名 にちい医院

代表者名 日医 花子

印

官 署 支 出 官

厚生労働省大臣官房会計課長 殿

現在のExcelファイルの場合、自動入力されます。自動入力されない場合は、申請書記載の国庫補助申請額の5割の額（10万円単位に四捨五入）を記載してください。

(例)
交付申請額が6,896,000円の場合
 $6,896,000 \times 0.5 =$
 $3,448,000 \Rightarrow 3,400,000$ 円
(10万円単位に四捨五入)

現在のExcelファイルの場合、自動入力されます。

「補助事業者」を医療機関名で、「代表者名」を理事長等の氏名で入力します。請求書には押印が必要です。