

都道府県から「電話相談体制を整備した医療機関」の指定を受けた医療機関の皆様へ

厚生労働省健康局結核感染症課

令和２年度インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の電話相談体制整備事業のご案内

都道府県から「電話相談体制を整備した医療機関」の指定を受けた医療機関の皆様は、上記補助金の交付を受けることができます。この補助金は、受診・相談センターからの依頼を受けて、当該センターの代理的機能として、地域の発熱患者等の土日休日や夜間の電話相談業務を行う医療機関に対して、体制整備に必要な費用（消耗品、備品購入、賃金、賃借料、保険料、光熱水費など）を 100 万円の範囲内で実費支援するものです。

補助金の交付を受けることを希望される医療機関におかれましては、以下により申請いただきますようお願いいたします。

1. 申請書類の配布

厚生労働省のホームページからダウンロードしてください。

(URL: <https://www.mhlw.go.jp/content/000681329.xlsx>)

2. 対象となる医療機関

受診・相談センターから依頼を受けて、当該センターの代理的機能として、地域の発熱患者等の土日祝日や夜間の電話相談業務を行う医療機関

3. 補助対象経費

受診・相談センターからの依頼を受けた日から令和３年３月 31 日までにかかる電話相談業務に必要な次に掲げる経費

賃金、報酬、謝金、需用費（消耗品費、印刷製本費、材料費、光熱水費）、
役務費（通信運搬費、手数料、保険料）、委託料、使用料及び賃借料、備品購入費

4. 補助金の上限額

1 施設当たり 1, 000 千円

5. 申請書の提出

○提出期限：令和２年 10 月 30 日としていますが、それ以降も随時受け付けますので、
都道府県から指定を受けた後、できる限り速やかにご提出ください。

○提出方法：以下へ郵送してください。

住所： 〒100-8779 銀座郵便局留

宛先： 100-8916 厚生労働省発熱外来診療体制確保支援事業担当 宛

○提出書類

- (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) 都道府県から電話相談体制を整備した医療機関として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）
- (5) 予算書（抄本）

6. 交付申請書の記入方法について

交付申請書関係書類には複数のシートがあります。そのうちタブの色が黄色になっているシートが記入要領となっていますので、よくお読みください。

7. 補助金の交付決定等

提出いただいた申請書については内容を審査のうえ、適切な場合に、補助金の交付決定を行います。補助金の交付を決定した医療機関の皆様には交付決定通知書を郵送するとともに、請求額を請求書記載の金融機関に振り込ませていただきます。

8. 補助金の実績報告等について

補助金の交付を受けた場合には、事業完了後などの機会に実績報告書をご提出いただくこととなります。

また、令和2年度の消費税及び地方消費税の確定申告により、補助金にかかる消費税及び地方消費税に係る仕入控除額が確定した場合（0円の場合を含む）は、令和4年6月30日までに消費税等の仕入控除額報告書を厚生労働省へご提出いただくこととなります。

これらに関しては後日ご案内させていただきます。

9. 留意事項

- (1) 本補助金は実費支給です。事業実績報告書における国庫補助精算額が、事業実績報告時に既に交付している額より少ない場合には、補助金の額の確定後に差額分について返金していただく必要があります。また、補助金に係る仕入控除額がある場合には、当該仕入控除額を返金していただくこととなりますので、資金管理にはご留意いただくようお願いします。
- (2) 本補助金により30万円以上（地方公共団体は50万円以上）の機械、器具及びその他の財産を取得した場合、当該財産を耐用年数より前に補助金の目的外に使用することや、譲渡、交換、貸付、担保、廃棄する場合には、厚生労働大臣の承認が必要となり、内容によっては補助金の全部又は一部を返納いただくこととなります。
- (3) 同一の物品等に対して本補助金と他の補助金を重複して受けとることはできません。

(4) その他本事業の詳細については、本事業の交付要綱をご覧くださいほか、下記にお問い合わせください。

10. 本件に対する照会先

厚生労働省医療提供体制支援補助金コールセンター

電話番号：0120-336-933

11. 添付資料

(1) 本補助金の概要資料

(2) Q&A

(3) 申請書等様式・記入例

(4) 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電話相談体制整備事業）交付要綱

インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の電話相談体制整備事業

(予算額：35億円)

事業目的

インフルエンザ流行期に備えて、多数の発熱患者等が適切に相談を受けられる電話相談体制を整備することにより、感染症対策の強化を図る。

事業内容

受診・相談センターからの依頼を受けて、当該センターの代理的機能として、地域の発熱患者等の土日祝日や夜間の電話相談業務を行う医療機関（都道府県の指定）に対して、電話相談業務に必要な経費を補助する。

※ 受診・相談センター1か所あたり、3医療機関までとすること。

〔補助基準額〕

100万円を上限として、電話相談業務に要する実費※を補助

※ 賃金、報酬、謝金、需用費（消耗品費、印刷製本費、材料費、光熱水料）、役務費（通信運搬費、手数料、保険料）、委託料、使用料及び賃借料、備品購入費

〔住民への周知〕

都道府県は、医療機関名、相談を受け付ける電話番号、相談対応時間等について、自治体のホームページや機関紙等に掲示する等により、住民に周知すること

〔相談対応〕

患者からの相談に対して、看護職員等が患者の症状や経過、感染者との接触歴、既往歴や持病の有無、かかりつけ医の有無等を聞き取った上で、適切な医療機関と適切な受診タイミングを案内するとともに、家庭内での感染対策や受診に当たっての留意事項等の指導を行える体制を整備していること。

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・検査体制確保事業及び
インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の電話相談体制整備事業）に関する
Ｑ＆Ａ（第１版）

令和２年９月２９日 第１版

○インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の電話相談体制整備事業

- １ 「地域の発熱患者等の土日祝日や夜間の電話相談業務を行う医療機関の指定は、受診・相談センター１か所あたり３医療機関まで」とあるが、県内における受診・相談センター数の３倍の医療機関数の指定を上限として、相談数の多い県内の一部の受診・相談センターにおいて３か所以上の医療機関に電話相談業務を依頼するとして指定することは可能でしょうか。

○インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の電話相談体制整備事業

1 「地域の発熱患者等の土日祝日や夜間の電話相談業務を行う医療機関の指定は、受診・相談センター1か所あたり3医療機関まで」とあるが、県内における受診・相談センター数の3倍の医療機関数の指定を上限として、相談数の多い県内一部の受診・相談センターにおいて3か所以上の医療機関に電話相談業務を依頼するとして指定することは可能でしょうか。

(答)

○ 都道府県内の受診・相談センター数の3倍を当該都道府県の指定の上限として、一部の受診・相談センターには3か所以上の医療機関を地域の発熱患者等の土日祝日や夜間の電話相談業務を行う医療機関として指定することも可能です。

番号
〇〇年〇月〇日

厚生労働大臣 殿

補助事業者名 印

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電話相談体制整備
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 円
2. 交付申請書（事業計画書・所要見込額明細書） (別紙)
3. 都道府県から「電話相談体制を整備した医療機関」として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）
4. 予算書

インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の電話相談体制整備事業
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		年		月		日				
2. 医療機関の名称											
3. 保険医療機関番号											
4. 医療機関の住所	〒										
5. 医療機関の電話番号											
6. 担当者の所属及び氏名	所属				氏名						
7. 担当者のEメールアドレス											
8. 都道府県からの電話相談対応依頼				依頼日	令和		年		月		日

II. 補助金の振込先

金融機関名		支店名	
金融機関コード		支店コード	
口座名義		フリガナ	
口座種別		口座番号	

III. 事業計画 ※本事業実施にあたり支出（予定）した額を記載して下さい。

○事業内容

事業開始月	令和		年		月	事業終了月	令和		年		月
項目	内 容										金 額 (円)
賃金			日	@						人	0
報酬			日	@						人	0
謝金			日	@						人	0
需用費（該当経費を記載）	@										0
役務費（該当経費を記載）	@										0
委託費											0
使用料及び賃借料											0
備品購入費	@										0
											0
合 計 (b)										0	
基 準 額 (C)										1,000,000	
選 定 額 (D)										0	
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があれば、収入額を記載して下さい (E)											

補助申請額 (D - E)	0 円
---------------	-----

請 求 書

金

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電話相談体制整備事業)についてを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	
預貯金種別	
口座番号	
(ふりがな)	
口座名	
郵便番号・住所	

令和 年 月 日

補助事業者名
代表者名

印

官 署 支 出 官
厚生労働省大臣官房会計課長 殿

令和２年度インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の電話相談
体制確保事業費収入支出予算（見込）書（抄本）

歳入		歳出	
合 計	0	合 計	0

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

医療機関名：

所在地：

氏名

第3号様式

必要に応じて文書番号を記載してください（文書番号がない場合は不要です）。
申請日を記載願います（申請日は指定日以降の日としてください）。

番号

〇〇年〇月〇日

厚生労働大臣 殿

補助事業者名

代表者氏名

印

補助事業者名には病院名、代表者氏名を記載してください。枠の先頭から病院名、代表者氏名をこのセルの中に記載願います。なお、交付申請書の代表者印は省略しても差し支えございません。

発熱外来診療体制確保支援
熱患者の電話相談体制整備

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請

金額を入力すると金〇〇〇円と表示されます。

1. 国庫補助申請額

金

円

2. 交付申請書（事業計画書・所要見込額明細書）

（別紙）

3. 都道府県から「電話相談体制を整備した医療機関」として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）

4. 予算書

インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の電話相談体制整備事業

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		年		月		日			
2. 医療機関の名称										
3. 保険医療機関番号										
4. 医療機関の住所	〒									
5. 医療機関の電話番号										
6. 担当者の所属及び氏名	所属					氏名				
7. 担当者のEメールアドレス										
8. 都道府県からの電話相談対応依頼			依頼日	令和		年		月		日

交付申請書（第3号様式）右上の申請日を記載してください。

申請書記載の医療機関名とあわせてください。

保険医療機関番号は入念な確認をお願いします。

郵便番号はハイフンを含めて英数小文字で記載してください。住所はマンション等についてはその名称まで記載してください。

メール不達等による連絡漏れを防ぐため、メールアドレスは、可能な限り複数記載してください。各メールアドレスの間は全角1マスのスペースを空

依頼日は指定された日を記載してください。

振込先については、間違いがないよう二重、三重のご確認をお願いします。

II. 補助金の振込先

金融機関名		支店名	
金融機関コード		支店コード	
口座名義		フリガナ	
口座種別		口座番号	

III. 事業計画 ※本事業実施にあたり支出（予定）した額を記載して下さい。

○事業内容

（具体的な事業内容を記載）

1 / 2

事業内容には、下記の経費を使用することが必要な理由を織り交ぜて記載してください。

事業開始日は、指定された日から、指定解除若しくは業務終了見込みの日の属する月を記載してください。

事業開始月	令和		年		月	事業終了月	令和		年		月
-------	----	--	---	--	---	-------	----	--	---	--	---

項目	内 容	金 額 (円)
賃金	日 @ 人	0
報酬		
謝金		
需用費（該当経費を記載）	@	0
役務費（該当経費を記載）	@	0
委託費	@	0
使用料及び賃借料	@	0
備品購入費	@	0
合 計 (b)		0
基 準 額 (C)		1,000,000
選 定 額 (D)		0
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があれば、収入額を記載して下さい (E)		

業務実施に必要な経費について、適切と思われる費目の項目にわけて金額を計上してください。なお、報酬、謝金、賃借料など単価計算可能なものは単価 × 日数（人数等）で金額を計上願います。また、一式契約などの場合は内容欄に業務概要を記載して金額のみ計上願います。

所要経費の上限額は100万円となります。

収入額がなければ0（ゼロ）を記載してください。

補助申請額 (D - E)	0 円
---------------	-----

2 / 2

請 求 書

金

円

申請書記載の補助申請額の範囲
内の額を記載してください。
特段の事情等がなければ、交付
申請額と同額を記載することと

【令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れ
機関体制確保事業】についてを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。

申請書の「Ⅱ 補助金の振込
先」に記載されている内容と同
じになるよう記載してください。

金融機関・支店名	
預貯金種別	
口座番号	
(ふりがな) 口座名	
郵便番号・住所	

医療機関名、代表者名を記載の
上押印してください。

令和 年 月 日

団体名
代表者名

印

官 署 支 出 官
厚生労働省大臣官房会計課長 殿

令和2年度インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の電話相談
体制確保事業費収入支出予算（見込）書（抄本）

歳 入		歳 出	
補助金収入		●●●●	
寄付金等		●●●●	
自己資金		●●●●	
補助金収入・寄付金等で歳出額が賄いきれない場合は自己資金欄に合計額が同じになるよう金額を記入してください。		本事業にかかる歳出項目に合致する項目を記載して金額を記入してください。なお、領収書等の金額と合致するようお願いします。 (歳出項目に合致する項目) ○賃金、報酬、謝金、需用費（消耗品費、印刷製本費、材料費、光熱水費）、役務費（通信運搬費、手数料、保険料）、委託料、使用料及び賃借料、備品購入費のいずれか	
歳入額と歳出額の合計は同額となるようにしてください		歳入額と歳出額の合計は同額となるようにしてください	
合 計	0	合 計	0

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

医療機関名：

所在地：

氏名

厚生労働省発健0915第7号
令和2年9月15日

各都道府県知事 殿

厚生労働事務次官
(公印省略)

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電話相談体制整備事業）の交付について

標記については、別添「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電話相談体制整備事業）交付要綱」により行うこととされ、令和2年9月15日から適用することとされたので、通知する。

なお、貴職から貴管内の市区町村に対して通知するとともに、関係機関等に周知するようお願いします。

別 添

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電話相談体制整備事業) 交付要 綱

(通則)

- 1 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電話相談体制整備事業)については、予算の範囲内において交付するものとし、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律(昭和３０年法律第１７９号)、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律施行令(昭和３０年政令第２５５号。以下「適正化令」という。)及び厚生労働省所管補助金等交付規則(平成１２年^{厚生省}労働省令第６号)の規定によるほか、この交付要綱の定めるところによる。

(交付の目的)

- 2 インフルエンザ流行期に備えて、インフルエンザ流行の規模が予測できない中で、多数の発熱患者等が適切に相談を受けられる電話相談体制を整備することにより、感染症対策の強化を図ることを目的とする。

(交付の対象)

- 3 この補助金は、別に定める、受診・相談センターからの依頼を受けて、当該センターの代理的機能として、地域の発熱患者等の土日祝日や夜間の電話相談業務を行う医療機関に対して、当該電話相談業務に必要な経費を補助する。

(交付額の算定方法)

- 4 この補助金の交付額は、次により算出するものとする。
ただし、算出された額に１，０００円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。
 - (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とを比較して少ない方の額を選定する。
 - (２) (１)により選定された額と総事業費から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方の額を交付額とする。

1 基準額	2 対象経費
1, 0 0 0 千円	賃金、報酬、謝金、需用費（消耗品費、印刷製本費、材料費、光熱水費）、役務費（通信運搬費、手数料、保険料）、委託料、使用料及び賃借料、備品購入費

（補助金の概算払）

- 5 厚生労働大臣は、原則として支払うべき額を確定した後、補助事業者が提出する精算払請求書に基づいて支払を行う。この場合において、厚生労働大臣は、補助事業者から適法な精算払請求書を受理してから速やかにこれをしなければならない。

ただし、補助事業者が概算払による支払を要望する場合は、厚生労働大臣は補助事業者の資力、補助事業の内容及び事務の内容等を勘案し、真にやむを得ないと認めた場合には、これを財務大臣に協議し、承認が得られた場合には概算払をすることができる。

（交付の条件）

- 6 この補助金の交付の決定には、次の条件が付されるものとする。
- （1） 事業の内容の変更（軽微な変更を除く。）をする場合には、厚生労働大臣の承認を受けなければならない。
 - （2） 事業を中止し、又は廃止する場合には、厚生労働大臣の承認を受けなければならない。
 - （3） 事業が予定の期間内に完了しない場合又は事業の遂行が困難となった場合には、速やかに厚生労働大臣に報告してその指示を受けなければならない。
 - （4） 事業により取得し、又は効用の増加した財産で価格が単価 5 0 万円（民間団体にあっては 3 0 万円）以上の機械、器具及びその他の財産については、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律施行令第 1 4 条第 1 項第 2 号の規定により厚生労働大臣が別に定める期間を経過するまで、厚生労働大臣の承認を受けずに、この補助金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、又は廃棄してはならない。
 - （5） 厚生労働大臣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国庫に納付させることがある。
 - （6） 事業により取得し、又は効用の増加した財産については、事業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。
 - （7） 補助金と事業に係る証拠書類等の管理については次によるものとする。

ア 補助事業者が地方公共団体の場合

補助金と事業に係る予算及び決算との関係を明らかにした第1号様式による調書を作成するとともに、事業に係る歳入及び歳出について証拠書類を整理し、かつ調書及び証拠書類を補助金の額の確定の日（事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、その承認を受けた日）の属する年度の終了後5年間保管しておかなければならない。ただし、事業により取得し、又は効用の増加した価格が単価50万円以上の財産がある場合は、前記の期間を経過後、当該財産の財産処分が完了する日、又は適正化令第14条第1項第2号の規定により厚生労働大臣が別に定める期間を経過する日のいずれか遅い日まで保管しておかなければならない。

イ 補助事業者が地方公共団体以外の場合

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、当該帳簿等及び証拠書類を補助金の額の確定の日（事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、その承認を受けた日）の属する年度の終了後5年間保管しておかなければならない。ただし、事業により取得し、又は効用の増加した価格が単価30万円以上の財産がある場合は、前記の期間を経過後、当該財産の財産処分が完了する日、又は適正化令第14条第1項第2号の規定により厚生労働大臣が別に定める期間を経過する日のいずれか遅い日まで保管しておかなければならない。

- (8) 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係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（仕入控除税額が0円の場合を含む。）は、第2号様式により、遅くとも事業完了日の属する年度の翌々年度6月30日までに厚生労働大臣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、補助金に係る仕入控除税額があることが確定した場合には、当該仕入控除税額を国庫に返還しなければならない。

- (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、他の補助金を受けてはならない。

(申請手続)

- 7 この補助金の交付の申請は、第3号様式による申請書に関係書類を添えて、厚生労働大臣が別に定める日までに厚生労働大臣に提出するものとする。

(変更申請手続)

- 8 この補助金の交付決定後の事情の変更により申請の内容を変更して追加交付申請等を行う場合には、7に定める申請手続に従い、厚生労働大臣が別に定める日までに行うものとする。

(交付決定までの標準的期間)

- 9 厚生労働大臣は、7又は8に定める申請書が到達した日から起算して原則として1か月以内に交付の決定（決定の変更を含む。）を行うものとする。

(実績報告)

- 10 この補助金の事業実績報告は、事業完了の日から起算して1か月を経過した日（6の（2）により事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、当該承認通知を受理した日から起算して1か月を経過した日）又は令和3年4月10日のいずれか早い日までに第4号様式による報告書を厚生労働大臣に提出しなければならない。

(補助金の返還)

- 11 厚生労働大臣は、交付すべき補助金の額を確定した場合において、既にその額を超える補助金が交付されているときは、期限を定めて、その超える部分について国庫に返還することを命ずる。

(その他)

- 12 特別の事情により4、7、8及び10に定める算定方法、手続きによることができない場合には、あらかじめ厚生労働大臣の承認を受けてその定めるところによるものとする。

なお、この補助金について、精算交付申請を行う場合は、別途指示する期日までに、第5号様式による申請書を厚生労働大臣に提出して行うものとする。

第 1 号様式

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電話相談体制整備事業）調書

厚生労働省所管

（補助事業者名）

国		地 方 公 共 団 体										備 考
予 算 科 目	交付決定 の 額	歳 入			歳 出							
		科 目	予算現額	収入済額	科 目	予算現額		支出済額		翌年度繰越額		
						うち補助金 相 当 額		うち補助金 相 当 額		うち補助金 相 当 額		
(項) 感染症対策費	円		円	円		円	円	円	円	円	円	
(目) 新型コロナウイルス感染症 医療提供体制確保支援補助金												

（作成要領）

- 1 「国」の「交付決定の額」は、交付決定通知書の交付決定の額を記入すること。
- 2 「地方公共団体」の「科目」は、歳入にあつては、款、項、目、節を、歳出にあつては、款、項、目をそれぞれ記入すること。なお、歳出については、前記 1 の額に対応する経費の配分が、目の内訳に係るときは、当該経費の配分の目の内訳として記入すること。
- 3 「予算現額」は、歳入にあつては、当初予算額、補正予算額等の区分を、歳出にあつては、当初予算額、補正予算額、予備費支出額、流用増減額等の区分を明らかにすること。
- 4 「備考」は、参考となるべき事項を適宜記入すること。
- 5 補助事業等の地方公共団体の歳出予算額の繰越が行われた場合における翌年度に行われる当該補助事業等に係る補助金についての調書の作成は、本表に準じること。この場合において地方公共団体の歳入の科目に「前年度繰越額」を掲げる場合は、その「予算現額」及び「歳入済額」の数字下欄に国庫補助額を内書（ ）をもって附記すること。

第 2 号様式

令和 年 月 日
番 号

厚生労働大臣 殿

補助事業者名 印

消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

年 月 日厚生労働省発健 第 号をもって交付決定を受けた令和 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電話相談体制整備事業）に係る消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額については、次のとおり報告する。

記

- 1 事業区分及び施設の名称
- 2 補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律（昭和 3 0 年法律第 1 7 9 号）第 1 5 条の規定による確定額又は事業実績報告による精算額
金 円
- 3 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（要国庫補助金等返還相当額）
金 円
- 4 添付書類
記載内容を確認するための書類（確定申告書の写し、課税売上割合等が把握できる資料、特定収入の割合を確認できる資料）を添付する。

厚生労働大臣 殿

補助事業者名 印

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電話相談体制整備事業）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 円
2. 交付申請書（事業計画書・所要見込額明細書）（別紙）
3. 都道府県から「電話相談体制を整備した医療機関」として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）
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。）

インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の電話相談体制整備事業

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		年		月		日			
2. 医療機関の名称										
3. 保険医療機関番号										
4. 医療機関の住所	〒									
5. 医療機関の電話番号										
6. 担当者の所属及び氏名	所属				氏名					
7. 担当者の E メールアドレス										
8. 都道府県からの電話相談対応依頼			依頼日	令和		年		月		日

II. 補助金の振込先

金融機関名		支店名	
金融機関コード		支店コード	
口座名義		フリガナ	
口座種別		口座番号	

III. 事業計画 ※本事業実施にあたり支出（予定）した額を記載して下さい。

○事業内容

事業開始月	令和		年		月	事業終了月	令和		年		月
項目	内 容										金 額 (円)
賃金	日 @ 人										0
報酬											
謝金											
需用費（該当経費を記載）	@										0
役務費（該当経費を記載）	@										0
委託費											
使用料及び賃借料											
備品購入費											
合 計 (A)										0	
基 準 額 (B)										1,000,000	
選 定 額 (C)										0	
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があれば、収入額を記載して下さい (D)											
総事業費－収入額 (E)										0	

補助申請額 (F)	0 円
-----------	-----

厚生労働大臣 殿

補助事業者名 印

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電話相談体制整備事業）実績報
告の提出について

標記について、次のとおり関係書類を添えて報告する。

1. 国庫補助精算額 金 円
2. 精算額調書(事業実績書) (別紙)
3. 添付書類
当該事業に係る収入支出決算書の抄本（当該補助事業の決算額を備考欄等に記入すること。）
使用経費の証拠書類

インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の電話相談体制整備事業
精算額調書（事業実績書）

I. 基本情報

1. 申請年月日	令和		年		月		日			
2. 医療機関の名称										
3. 保険医療機関番号										
4. 医療機関の住所	〒									
5. 医療機関の電話番号										
6. 担当者の所属及び氏名	所属				氏名					
7. 担当者のEメールアドレス										
8. 都道府県からの電話相談対応依頼			依頼日	令和		年		月		日

II. 補助金の振込先

金融機関名		支店名	
金融機関コード		支店コード	
口座名義		フリガナ	
口座種別		口座番号	

III. 事業実績（明細書）※本事業実施にあたり支出した額を記載して下さい。

○事業内容

事業開始月	令和		年		月	事業終了月	令和		年		月
-------	----	--	---	--	---	-------	----	--	---	--	---

項目	内 容	金 額（円）
賃金	日 @ 人	0
報酬		
謝金		
需用費（該当経費を記載）	@	0
役務費（該当経費を記載）	@	0
委託費		
使用料及び賃借料		
備品購入費		
合 計（A）		0
基 準 額（B）		1,000,000
選 定 額（C）		0
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があれば、収入額を記載して下さい（D）		
総事業費－収入額（E）		0

精算額（F）	0 円
--------	-----

厚生労働大臣 殿

補助事業者名 印

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電話相談体制整備
事業）精算交付申請書

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 円
2. 精算交付申請書（事業計画書及び事業実績書）（別紙）
3. 都道府県から「電話相談体制を整備した医療機関」として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）
4. 当該事業に係る収入支出決算書の抄本（当該補助事業の決算額を備考欄等に記入すること。）
使用経費の証拠書類

インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の電話相談体制整備事業
精算交付調書（事業計画書及び事業実績書）

I．基本情報

1．申請年月日	令和		年		月		日			
2．医療機関の名称										
3．保険医療機関番号										
4．医療機関の住所	〒									
5．医療機関の電話番号										
6．担当者の所属及び氏名	所属				氏名					
7．担当者のEメールアドレス										
8．都道府県からの電話相談対応依頼			依頼日	令和		年		月		日

II．補助金の振込先

金融機関名		支店名	
金融機関コード		支店コード	
口座名義		フリガナ	
口座種別		口座番号	

III．事業計画書及び事業実績（明細書）
※本事業実施にあたり支出した額を記載して下さい。

○事業内容

事業開始月	令和		年		月	事業終了月	令和		年		月
-------	----	--	---	--	---	-------	----	--	---	--	---

項目	内 容	金 額（円）
賃金	日 @ 人	0
報酬		
謝金		
需用費（該当経費を記載）	@	0
役務費（該当経費を記載）	@	0
委託費		
使用料及び賃借料		
備品購入費		
合 計（A）		0
基 準 額（B）		1,000,000
選 定 額（C）		0
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があれば、収入額を記載して下さい（D）		
総事業費－収入額（E）		0

精算額（F）	0 円
--------	-----