



福岡医発第 1690 号 (地)
令和元年 9 月 26 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 松田 峻一良
(公 印 省 略)

令和元年 7 月及び 8 月の大雨 (7 月 21 日・8 月 27 日) により被災した
医療施設等に係る災害復旧費補助金について

さて、厚生労働省より福岡県保健医療介護部医療指導課を通じて、標記補助金の案内がありました。

本件は、地震や台風、豪雨等の自然災害により医療施設等が被災した場合、公的医療機関や政策医療を実施している医療機関等、一定の要件に該当する医療施設等の建物や医療用設備などを復旧するための費用について国がその一部を補助するものです。

本補助金は、被害総額 80 万円 (税込) 以上であり、かつ、救急医療や在宅医療、へき地医療等の政策医療を担っている医療機関が対象となります。詳細については、別紙 1 の厚生労働省「医療施設等災害復旧費補助金のご案内」をご確認ください。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、被災した貴会会員への周知方ご高配賜りますようよろしくお願い申し上げます。

なお、本件については、9 月 30 日 (月) 正午までに下記メールアドレスへ直接回答することとなっております。また、別添 1 (内部限り資料) の医療機関については、同課より直接お知らせされておりますことを申し添えます。

【問合せ先・県HP】

福岡県保健医療介護部医療指導課地域医療係 安元

T E L : 092-643-3273 FAX : 092-643-3277

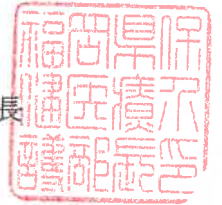
E-Mail : c-iryo@pref.fukuoka.lg.jp

H P : 【令和元年 7 月・8 月大雨により被災した医療施設等に係る災害復旧費補助金の申請について】

<http://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/r01westjapan-heavy-rain-medical-damage-subsidy.html>

公益社団法人福岡県医師会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(医療指導課地域医療係)



令和元年7月及び8月の大雨（7月21日・8月27日）により被災した医療施設等
に係る災害復旧費補助金について

本県の保健医療行政につきましては、平素から格別のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

標記について、別紙1のとおり、厚生労働省から「医療施設等災害復旧費補助金のご案内」（以下、「厚労省の案内」という。）が送付されましたので、貴会会員に対して周知していただきますようお願いします。

貴会会員が当該補助金の活用を希望される場合には、当該補助金の補助金活用意向調査の回答様式（県ホームページ参照。様式1-1及び様式1-2）を用いて、9月30日（月）正午までに、当課まで直接回答いただくよう併せて周知をお願いします。厚労省の案内及び回答様式につきましては、下記の県ホームページに掲載しております。

なお、県が保健所等を通じて実施した被害額調査に基づき、一定以上の被害額が見込まれた医療機関については、県から当該補助金の活用意向調査を直接依頼していますので、念のため申し添えます。別添1（医科）の名簿については、貴団体内部限りの資料としていただきますようお願いいたします。

※ 補助金は、被害総額80万円以上であり、かつ、救急医療や在宅医療、へき地医療等の政策医療を担っていただいている医療機関が対象となります。詳細な要件については、「厚労省の案内」を参照してください。

記

県ホームページ（交付要綱もホームページに掲載しています）

【令和元年7月・8月の大雨により被災した医療施設等に係る災害復旧費補助金について】

<http://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents>

[/r01westjapan-heavy-rain-medical-damage-subsidy.html](http://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/r01westjapan-heavy-rain-medical-damage-subsidy.html)

〔担当〕 福岡県保健医療介護部医療指導課地域医療係 安元
摧 EL 092-643-3273 FAX 092-643-3277
E-Mail c-iryo@pref.fukuoka.lg.jp

関係医療機関の長 殿

福岡県保健医療介護部医療指導課長

令和元年 7 月及び 8 月の大雨（7 月 21 日・8 月 27 日）により被災した医療施設等に係る
災害復旧費補助金について（当該補助金の活用意向の報告について（依頼））

標記の件について、厚生労働省より照会がありましたので、下記により報告をお願いします。

なお、本依頼は、先日保健所等を通じて被害額調査を実施した結果に基づいて、一定以上の被害額が見込まれる医療機関等に送付しております。

記

1 災害復旧費補助金の概要

別紙 1 の厚生労働省作成「医療施設等災害復旧費補助金のご案内」を参照願います。

なお、要件の概要は、被害総額 8 0 万円（税込）以上であり、かつ、救急医療や在宅医療、へき地医療等の政策医療を担っていただいている医療機関が対象となりますので、詳細な要件の該当の有無を確認のうえで回答をお願いします。

なお、リース等所有権がないものについては、本補助金の対象外となります。

2 回答様式

別添の様式 1－1 および様式 1－2。

最新の被害額が求められるため、再度最新の被害額（概算）の回答をお願いします（見積書等の提出は現時点では不要）。

様式 1－2 の「災害復旧所要額及びその内訳」については、現時点で詳細な内訳が不明な場合は、詳細な内訳は入力不要ですが、概算額は入力してください。

記載については、同様式内の「記入例」シートを参照願います。

3 提出要領

（1）提出方法 原則電子メール（様式 1－1、補助金希望の場合は様式 1－2 も提出）。

※エクセルファイルにて提出（PDF にしないでください）。

※ファイル名に病院名の追加入力をお願いします。

※電子メールが使えない場合、下記担当宛に郵送や F A X で回答してください。

（2）提出先 医療指導課地域医療係メールアドレス c-iryo@pref.fukuoka.lg.jp

（3）提出期限 令和元年 9 月 3 0 日（月）正午まで

（4）留意事項

- ・ 被災した箇所の写真の撮影をお願いします。調査前着工を行ったもののうち、写真等の資料により被災の事実が確認できないものについては、補助対象外となります。
- ・ 建物や医療機器等が保険で補償されている場合には、補償額が補助金額に影響する場合があります。
- ・ 本補助金は、建物復旧を主たる目的とする補助金のため、被害額の内訳が清掃費用等のみの場合は対象外となります。

県ホームページ（交付要綱もホームページに掲載しています）

【令和元年 7 月・8 月の大雨により被災した医療施設等に係る災害復旧費補助金について】

<http://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/r01westjapan-heavy-rain-medical-damage-subsidy.html>

担当：地域医療係 安元

TEL：092-643-3273 FAX：092-643-3277

E-MAIL：c-iryo@pref.fukuoka.lg.jp

郵送：〒812-8577 福岡市博多区東公園 7-7 医療指導課

事 務 連 絡
令和元年 8 月 30 日

各都道府県衛生主管部(局)
災害医療主管部(課)長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課
救急・周産期医療等対策室長

令和元年度に発生した災害により被災した医療施設等に係る
災害復旧費補助金の活用意向の報告について(依頼)

災害医療対策の推進につきましては、平素から格段の御配慮を賜り、厚く御礼申し上げます。

令和元年度に発生した災害により被災した医療施設等の復旧に必要な経費について、医療施設等災害復旧費補助金の所要額を把握する必要があります。

つきましては、管下の医療施設等へ添付の「医療施設等災害復旧費補助金のご案内(別紙1)」及び「実地調査について(別紙2)」を参考資料として配布の上、補助金の活用意向がある施設を取りまとめ、下記1、2により担当者まで電子メールにより提出をお願いいたします。

なお、取りまとめ後に実地調査を行うこととしており、具体的なスケジュール等は担当者から後日連絡しますのでご協力のほどよろしくお願いいたします。

記

1. 被災後1ヶ月以内に提出する様式

(ただし、本通知以前に被災した案件の提出期限は、令和元年9月30日とします。)

- ・医療施設等災害復旧費協議書(様式1)
※ 災害復旧所要額は概算で可
- ・医療施設等災害復旧費補助金の活用意向取りまとめ表(様式3)

2. 意向取りまとめ後に提出する様式

(提出期限は、別途、担当者から連絡します。)

- ・医療施設等災害復旧費協議書(様式1)
※ 上記1で提出したものと変更がない場合は同じもの。ただし、概算額から変更がある場合は修正したもの。
- ・医療施設等災害復旧費実地調査表(様式2)

3. 留意事項

医療施設等から厚生労働省に直接提出されないようよろしくお願いいたします。

【担当者】

厚生労働省 医政局 地域医療計画課 救急・周産期医療等対策室

災害医療対策専門官 榊原 E-mail: sakakibara-yasuhiro@mhlw.go.jp

災害医療係長 深山 E-mail: miyama-masashi@mhlw.go.jp

電話 03-5253-1111(内線)2548

様式 1 - 1 : 回答様式

令和元年7月・8月の大雨により被災した医療施設等に係る災害復旧費補助金の活用意向調査(回答様式)

【提出先】福岡県医療指導課地域医療係安元宛 c-iryo@pref.fukuoka.lg.jp へエクセルファイルのまま提出。郵送・FAXの場合は送付先は通知文参照。

【提出締切】令和元年9月30日(月)正午まで

1 担当者情報

以下の表に、事務担当者の情報を入力してください。

医療機関名		担当者名	
所属名		TEL	
役職名		E-Mail	

2 補助金活用希望の有無について

以下の表に、参加の有無について、有無のいずれかを□で囲んでください。

補助金活用希望の有無	有	無
------------	---	---

有の場合は、3以下の質問にもお答えのうえ、様式1-2も提出してください。

無の場合は、これで回答は終了です。

3 被害の概要について

被害の概要について、下記の表の必要事項を入力してください。必要に応じ、注2-1～注2-3から該当するものを選んで入力してください。

注2-1～注2-3の説明については、「医療施設等災害復旧費補助金 補助対象等一覧」をご覧ください。

項番	医療施設等の名称	設置主体 （〇〇法人・個人等）	所在地 （市区町村名）	施設の分類 【注2-1より選択して入力】 該当がない場合は空白。	政策医療を実施している場合のその分類 【注2-2より選択して入力】 該当がない場合は空白。	その他病院内施設の場合のその分類 【注2-3より選択して入力】 該当がない場合は空白。	建物等の工事か医療機器	被災年月日	被災状況	災害復旧所要額 【注1】
例	A 医院	〇〇法人	〇〇市		在宅当番医制診療所		建物工事	令和〇年〇月〇日	受水槽の破損、建物外壁の雨漏り、建物床上浸水(25cm)	9,000,000
例	B 病院	〇〇法人	〇〇市		救急告示病院		建物工事	令和〇年〇月〇日	受水槽の破損	7,000,000
例	C 医院	個人	〇〇町		在宅当番医制診療所 在宅医療実施診療所		建物工事	令和〇年〇月〇日	建物外壁の雨漏り	4,000,000
								合計額		-

注１．事業費の見込額は、建物等の工事と医療機器をそれぞれ区分して記載してください。また、粗い概算で差し支えありません。見積書は添付不要です。

注２－１．【施設の分類】次の分類の中から、どの施設に該当するのか記載してください。

・ 公的医療機関施設	・ へき地診療所
------------	----------

注２－２．【政策医療の分類】 次の分類の中から、どの施設に該当するのか記載してください。

政策医療の分類

・ 救命救急センター	・ 休日等歯科診療所	・ 在宅医療実施診療所
・ 病院群輪番制病院及び共同利用型病院	・ 時間外診療実施診療所	・ 在宅医療実施歯科診療所
・ 救急告示病院	・ 災害拠点病院	・ がん医療実施診療所
・ 在宅当番医制病院	・ へき地医療拠点病院	・ 脳卒中医療実施病院
・ 在宅当番医制診療所	・ 周産期母子医療センター	・ 腎移植施設
・ 在宅当番医制歯科診療所	・ 小児救急医療拠点病院	・ 老人デイケア施設
・ 休日夜間急患センター	・ 在宅医療実施病院	・ 共同利用施設

注２－３．【その他病院内施設の分類】 次の分類の中から、どの施設に該当するのか記載してください。

その他病院内施設の分類

・ 医療関係者養成所施設（看護師等養成所、理学療法士等養成所、救急救命士養成所、歯科衛生士養成所）
・ 研修施設（地域医療研修センター、研修医のための研修施設）
・ 病院内保育所
・ 看護師宿舎
・ 救急医療情報センター

注３．被災した箇所の写真を撮っておいてください。

調査前着工を行ったもののうち、写真等の資料により被災の事実を確認ができないものについては補助対象外となります。

様式 1 - 1 : 回答様式

令和元年7月・8月の大雨により被災した医療施設等に係る災害復旧費補助金の活用意向調査(回答様式)

【提出先】福岡県医療指導課地域医療係安元宛 c-iryo@pref.fukuoka.lg.jp ヘエクセルファイルのまま提出。郵送・FAXの場合は送付先は通知文参照。

【提出締切】令和元年9月30日(月)午前中

1 担当者情報

以下の表に、事務担当者の情報を入力してください。

医療機関名	医療法人〇〇 △△病院	担当者名	〇〇
所属名	総務課	TEL	000-000-0000
役職名	事務長	E-Mail	000@00.co.jp

2 補助金活用希望の有無について

以下の表に、参加の有無について、有無のいずれかを□で囲んでください。

補助金活用希望の有無	☒ 有	☐ 無
------------	---------------------------------------	----------------------------

↓
有の場合は、3以下の質問にもお答えのうえ、様式1-2も提出してください。
無の場合は、これで回答は終了です。

3 被害の概要について

被害の概要について、下記の表の必要事項を入力してください。必要に応じ、注2-1～注2-3から該当するものを選んで入力してください。

項番	医療施設等の名称	設置主体	所在地 (市区町村)	施設の分類 【注2-1より選択して入力】 該当がない場合は空白。	政策医療を実施している場合のその分類 【注2-2より選択して入力】 該当がない場合は空白。	その他病院内施設の場合のその分類 【注2-3より選択して入力】 該当がない場合は空白。	建物等の工事か医療機器	被災年月日	被災状況	事業費の見込額 【注1】
例	〇〇内科医院	〇〇法人	〇〇市		在宅当番医制診療所 在宅医療実施診療所		建物工事	令和〇年 〇月〇日	建物床上浸水(50cm)	9,000,000
例	〇〇内科医院	〇〇法人	〇〇市		在宅当番医制診療所 在宅医療実施診療所		医療機器	令和〇年 〇月〇日	医療機器破損	2,500,000
									合計額	11,500,000

注1. 事業費の見込額は、建物等の工事と医療機器をそれぞれ区分して記載してください。また、粗い概算で差し支えありません。見積書は取得不要です。

注2-1. 【施設の分類】次の分類の中から、どの施設に該当するのか記載してください。

・ 公的医療機関施設

・ へき地診療所

注 2－2. 【政策医療の分類】 次の分類の中から、どの施設に該当するのか記載してください。

政策医療の分類

- | | | |
|---------------------|---------------|---------------|
| ・ 救命救急センター | ・ 休日等歯科診療所 | ・ 在宅医療実施診療所 |
| ・ 病院群輪番制病院及び共同利用型病院 | ・ 時間外診療実施診療所 | ・ 在宅医療実施歯科診療所 |
| ・ 救急告示病院 | ・ 災害拠点病院 | ・ がん医療実施診療所 |
| ・ 在宅当番医制病院 | ・ へき地医療拠点病院 | ・ 脳卒中医療実施病院 |
| ・ 在宅当番医制診療所 | ・ 周産期母子医療センター | ・ 腎移植施設 |
| ・ 在宅当番医制歯科診療所 | ・ 小児救急医療拠点病院 | ・ 老人デイケア施設 |
| ・ 休日夜間急患センター | ・ 在宅医療実施病院 | ・ 共同利用施設 |

注 2－3. 【その他病院内施設の分類】 次の分類の中から、どの施設に該当するのか記載してください。

その他病院内施設の分類

- ・ 医療関係者養成所施設（看護師等養成所、理学療法士等養成所、救急救命士養成所、歯科衛生士養成所）
- ・ 研修施設（地域医療研修センター、研修医のための研修施設）
- ・ 病院内保育所
- ・ 看護師宿舎
- ・ 救急医療情報センター

注 3. 被災した箇所の写真を撮っておいてください。
調査前着工を行ったもののうち、写真等の資料により被災の事実を確認ができないものについては補助対象外となります。

医療施設等災害復旧費協議書

施設種類		名称		設置主体	
所在地				設置年月日	
建物の規模・構造					
被災年月日		災害の種類			
被害の状況	発生源等				
	主要部分の破損状況				
入所者の状況					
災害復旧所要額及びその内訳	区分	員数	単価(円)	金額(円)	摘要
	計			0	
備考					

施設の種類例

1－1. 【施設の分類】 次の分類の中から、どの施設に該当するのか記載してください。

・ 公的医療機関施設	・ へき地診療所
------------	----------

1－2. 【政策医療の分類】 次の分類の中から、どの施設に該当するのか記載してください。

政策医療の分類

・ 救命救急センター	・ 休日等歯科診療所	・ 在宅医療実施診療所
・ 病院群輪番制病院及び共同利用型病院	・ 時間外診療実施診療所	・ 在宅医療実施歯科診療所
・ 救急告示病院	・ 災害拠点病院	・ がん医療実施診療所
・ 在宅当番医制病院	・ へき地医療拠点病院	・ 脳卒中医療実施病院
・ 在宅当番医制診療所	・ 周産期母子医療センター	・ 腎移植施設
・ 在宅当番医制歯科診療所	・ 小児救急医療拠点病院	・ 老人デイケア施設
・ 休日夜間急患センター	・ 在宅医療実施病院	・ 共同利用施設

1－3. 【その他病院内施設の分類】 次の分類の中から、どの施設に該当するのか記載してください。

その他病院内施設の分類

・ 医療関係者養成所施設（看護師等養成所、理学療法士等養成所、救急救命士養成所、歯科衛生士養成所）
・ 研修施設（地域医療研修センター、研修医のための研修施設）
・ 病院内保育所
・ 看護師宿舎
・ 救急医療情報センター

注3. 被災した箇所の写真を撮っておいてください。

調査前着工を行ったもののうち、写真等の資料により被災の事実を確認ができないものについては補助対象外となります。

施設の種類例シートから該当する主類を入力する。

【記載例】医療施設等災害復旧費協議書

記 載 例

施設種類	救急告示病院	名称	〇〇病院	設置主体	医療法人〇〇会
所在地	〇〇県〇〇市〇〇・・・・・・			設置年月日	平成〇年〇月〇日
建物の規模・構造	鉄筋鉄骨コンクリート造〇階建				
被災年月日	令和〇年〇月〇日		災害の種類	令和〇年〇月の大雨	
被害の状況	発生源等	当院所在地域のアメダス地点で観測された降水量は、令和〇年〇月〇日は〇. 〇ミリ、同年同月〇日は〇. 〇ミリ、・・・であり、降水量の総和は〇日間で〇. 〇ミリであった。当該降雨により建物床上浸水が発生した。			
	主要部分の破損状況	建物床上浸水(50cm)による床及び内外壁の損壊、天井部分の損壊による雨漏り、受水槽、給水・給湯管、ボイラー、ＣＴ撮影装置の故障			
入所者の状況	被害なし				
災害復旧所要額及びその内訳	区分	員数	単価(円)	金額(円)	摘要
	①建物修繕工事	一式		8,000,000	令和〇年〇月〇日着工 令和〇年〇月〇日竣工
	②受水槽復旧工事	一式		3,000,000	令和〇年〇月着工予定 令和〇年〇月竣工予定
	③給水、給湯管復旧工事	一式		2,000,000	令和〇年〇月着工予定 令和〇年〇月竣工予定
	④ボイラー修繕工事	一式		1,000,000	令和〇年〇月着工予定 令和〇年〇月竣工予定
	⑤諸経費	一式		2,240,000	
	⑥ＣＴ撮影装置復旧工事	一式		30,000,000	令和〇年〇月着工予定 令和〇年〇月竣工予定
	⑦消費税及び地方消費税	一式		3,699,200	
	計			49,939,200	
備考					

個人開設の場合は個人名を入力してください。

暴風、洪水、高潮、地震、その他の異常な天然現象であることを地元地方気象台発表の観測記録、都道府県・市町村防災担当課等が作成した資料等、客観的に証明できる資料を添付してください。

※被災後1ヶ月以内に提出するものは、概算額で差し支えありません。(災害復旧所要額及びその内訳の入力も不要)

後日、医療施設等災害復旧費実地調査表(別紙2)の提出依頼に合わせて、見積書等入手の上、所要額の確定、内訳の入力をお願いします。

施設の種類例シートから該当する主類を入力する。

【記載例】医療施設等災害復旧費協議書

記載例(7/21分)

施設の種類		救急告示病院	名称	〇〇病院	設置主体	医療法人〇〇会
所在地		〇〇県〇〇市〇〇・・・・・・			設置年月日	平成〇年〇月〇日
建物の規模・構造		鉄筋鉄骨コンクリート造〇階建				
被災年月日		令和元年7月21日		災害の種類	令和元年7月21日からの大雨	
被害の状況	発生源等	当院所在地域のアメダス地点で観測された降水量は、令和元年7月21日は323.5ミリ（久留米）82.5ミリ（黒木）211.0ミリ（柳川）44.0ミリ（大牟田）252.5ミリ（朝倉）132.0（太宰府）、同年同月22日は66.0ミリ（久留米）12ミリ（黒木）6.5ミリ（柳川）146.5ミリ（大牟田）50.5ミリ（朝倉）14.0（太宰府）であり、降水量の総和は2日間で389.5ミリ（久留米）84.5ミリ（黒木）217.5ミリ（柳川）190.5（大牟田）307.0ミリ（朝倉）146.0（太宰府）であった。当該降雨により建物床上浸水が発生した。				
	主要部分の 破損状況	建物床上浸水(50cm)による床及び内外壁の損壊、天井部分の損壊による雨漏り、受水槽、給水・給湯管、ボイラー、ＣＴ撮影装置の故障				
入所者の状況		被害なし				
災害復旧所要額及びその内訳		区 分	員 数	単 価（円）	金 額（円）	摘 要
		①建物修繕工事	一式		8,000,000	令和〇年〇月〇日着工 令和〇年〇月〇日竣工
		②受水槽復旧工事	一式		3,000,000	令和〇年〇月着工予定 令和〇年〇月竣工予定
		③給水、給湯管復旧工事	一式		2,000,000	令和〇年〇月着工予定 令和〇年〇月竣工予定
		④ボイラー修繕工事	一式		1,000,000	令和〇年〇月着工予定 令和〇年〇月竣工予定
		⑤諸経費	一式		2,240,000	
		⑥ＣＴ撮影装置復旧工事	一式		30,000,000	令和〇年〇月着工予定 令和〇年〇月竣工予定
		⑦消費税及び地方消費税	一式		3,699,200	
		計			49,939,200	
備 考						

個人開設の場合は個人名を入力してください。

暴風、洪水、高潮、地震、その他の異常な天然現象であることを地元地方気象台発表の観測記録、都道府県・市町村防災担当課等が作成した資料等、客観的に証明できる資料を添付してください。

※被災後1ヶ月以内に提出するものは、概算額で差し支えありません。（災害復旧所要額及びその内訳の入力も不要）

後日、医療施設等災害復旧費実地調査表（別紙2）の提出依頼に合わせて、見積書等入手の上、所要額の確定、内訳の入力をお願いします。

施設の種類例シートから該当する主類を入力する。

【記載例】医療施設等災害復旧費協議書

記 載 例(8/27分)

施設種類		救急告示病院	名称	〇〇病院	設置主体	医療法人〇〇会
所在地		〇〇県〇〇市〇〇・・・・・・			設置年月日	平成〇年〇月〇日
建物の規模・構造		鉄筋鉄骨コンクリート造〇階建				
被災年月日		令和元年8月27日		災害の種類	令和元年8月27日からの大雨	
被害の状況	発生源等	当院所在地域のアメダス地点で観測された降水量は、令和元年8月27日は144.5ミリ（久留米）221.0ミリ（黒木）101.0ミリ（柳川）92.0ミリ（大牟田）130.0ミリ（朝倉）150.5（太宰府）、同年同月28日は216.5ミリ（久留米）52.5ミリ（黒木）190.0ミリ（柳川）52.0ミリ（大牟田）181.0ミリ（朝倉）97.0（太宰府）であり、降水量の総和は2日間で361.0ミリ（久留米）273.5ミリ（黒木）291.0ミリ（柳川）144.0ミリ（大牟田）311.0ミリ（朝倉）247.5（太宰府）であった。当該降雨により建物床上浸水が発生した。				
	主要部分の破損状況	建物床上浸水(50cm)による床及び内外壁の損壊、天井部分の損壊による雨漏り、受水槽、給水・給湯管、ボイラー、ＣＴ撮影装置の故障				
入所者の状況		被害なし				
災害復旧所要額及びその内訳		区分	員数	単価（円）	金額（円）	摘要
		①建物修繕工事	一式		8,000,000	令和〇年〇月〇日着工 令和〇年〇月〇日竣工
		②受水槽復旧工事	一式		3,000,000	令和〇年〇月着工予定 令和〇年〇月竣工予定
		③給水、給湯管復旧工事	一式		2,000,000	令和〇年〇月着工予定 令和〇年〇月竣工予定
		④ボイラー修繕工事	一式		1,000,000	令和〇年〇月着工予定 令和〇年〇月竣工予定
		⑤諸経費	一式		2,240,000	
		⑥ＣＴ撮影装置復旧工事	一式		30,000,000	令和〇年〇月着工予定 令和〇年〇月竣工予定
		⑦消費税及び地方消費税	一式		3,699,200	
		計			49,939,200	
備考						

個人開設の場合は個人名を入力してください。

暴風、洪水、高潮、地震、その他の異常な天然現象であることを地元地方気象台発表の観測記録、都道府県・市町村防災担当課等が作成した資料等、客観的に証明できる資料を添付してください。

※被災後1ヶ月以内に提出するものは、概算額で差し支えありません。（災害復旧所要額及びその内訳の入力も不要）

後日、医療施設等災害復旧費実地調査表（別紙2）の提出依頼に合わせて、見積書等入手の上、所要額の確定、内訳の入力をお願いします。

整理番号	医科・ 歯科	被害医療機関	被災日	所在地 (市区町村)	案内
1	医科	大牟田中央病院	8/27	40202大牟田市	○
2	医科	医療法人辻クリニック	8/27	40202大牟田市	○
3	医科	はかたみち耳鼻咽喉科	7/21	40203久留米市	○
4	医科	八女リハビリ病院	8/27	40210八女市	○
5	医科	八媛病院	8/27	40210八女市	○
6	医科	古賀泌尿器科クリニック	8/27	40210八女市	○
7	医科	柳病院	8/27	40210八女市	○
8	医科	柳病院	7/21	40210八女市	○
9	医科	なかの内科消化器科医院	8/27	40211筑後市	○
10	医科	福田病院	8/27	40212大川市	○
11	医科	児玉医院	8/27	40212大川市	○
12	医科	本村産婦人科	7/21	40212大川市	○
13	医科	伊藤医院	8/27	40217筑紫野市	○
14	医科	かなえ整形外科	8/27	40219大野城市	○
15	医科	医療法人かつき会香月病院	7/21	40228朝倉市	○
16	医科	医療法人篠田眼科医院	8/27	40345糟屋郡新宮町	○
17	医科	医療法人日新会稲永病院	7/21	40447朝倉郡筑前町	○
18	医科	江本ニーアンドスポーツクリニック	8/27	40544八女郡広川町	○

医療施設等災害復旧費補助金のご案内

～ 被災された医療機関等の皆さまへ ～

地震や台風、豪雨等の自然災害により医療施設等が被災した場合、公的医療機関や政策医療を実施している医療機関等、一定の要件に該当する医療施設等の建物や医療用設備などを復旧（※）するための費用について、国がその一部（費用の1/2（激甚災害により被災した公的医療機関は2/3））を補助する制度があります。

（※）原則、被災前の位置に被災施設と形状、寸法及び材質の等しい施設に復旧する場合

補助の対象となる施設

○下記は一例です。補助対象施設などの詳しい内容は（別添）をご覧ください。

✓ 医療機関

（公的医療機関）

- ・都道府県、市町村若しくは地方自治法第284条第1項に規定する一部事務組合、国民健康保険団体連合会若しくは国民健康保険法施行法第2条の規定により国民健康保険を行う普通国民健康保険組合、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、全国厚生農業協同組合連合会又は社会福祉法人北海道社会事業協会の設置する病院及び診療所

（政策医療実施機関（公的医療機関を除く））

- ・救命救急センター、病院群輪番制病院及び共同利用型病院、救急告示病院、在宅当番医制診療所（歯科を含む）、休日夜間急患センター、休日等歯科診療所、災害拠点病院、へき地医療拠点病院、周産期母子医療センター、小児救急医療拠点病院、在宅医療実施病院（診療所及び歯科診療所を含む）など

✓ 医療関係者養成所施設

- ・看護師等養成所、理学療法士等養成所、救急救命士養成所、歯科衛生士養成所

✓ その他

- ・研修医のための研修施設、病院内保育所、看護師宿舍など

補助の対象となる費用

- 建物及び建物附属設備の復旧費用
- 医療用設備（CT、MRI、リニアックなどの建物と一体として復旧を行う医療機器）の復旧費用
- 医療機関の医療機器、医療関係者養成所施設の教材（※）の復旧費用

※ 激甚災害により被災した場合に限る

※ 修理費などの復旧費用が、1品あたり50万円（歯科の場合は10万円）以内は除く

補助の対象と ならない 費用（一例）

次の費用は申請内容に含めないでください。

- × 土地（敷地、構内道路、屋外運動場、法面、駐車場など）、造園
- × 工作物（囲障、門など）
- × 消耗品、ベッド、椅子、机及びその他事務機器等
- × 救急車等の車両
- × 賃貸の建物、リースの医療機器

※ 復旧のための費用の合計（税込）が80万円に満たない場合

国による実地調査の実施

○補助金を活用して復旧を行う場合、国（厚生労働省及び財務省（局））による実地調査を行い、被災箇所や復旧方法、復旧費用について確認する必要があります。

✓ 調査する内容

- ・医療施設等の所在地における災害の状況
 - ※『〇〇市では、△△△△（台風〇号、××地震など）により（具体的な被災状況）した』など
- ・建物等の被害状況
 - ※ 被災事実の確認が不可欠です。
必ず復旧前の被災箇所すべての写真を撮ってください。その際は、被災範囲（数量）などが確認できるようメジャーを添えるなどのほか、可能な限り明瞭に撮影してください。実地調査時に被害状況が確認できない場合、補助対象外とすることがあります。
- ・復旧方法
 - ※ 工事内容（施工方法など）の確認を行います。
専門的な説明も必要になりますので、説明ができる体制を確保してください。
施工業者等の立会・同席も可能です。
- ・復旧にかかる費用
 - ※ 工事費や修理費の根拠について確認を行います。
復旧方法と同様に、費用についても説明ができる体制を確保してください。
費用の根拠が施工業者の見積書の場合、複数（3社以上）の見積書を用意してください。
（やむを得ない理由により複数の見積書が用意できない場合は、その理由を書面にして実地調査の際に提出してください。）

✓ 調査の方法

- ・県庁会議室または被災施設（現地）などにおいて、上記について確認を行います。

✓ 調査にあたり必要となる資料（チェックリスト）

- ☐ 医療施設等災害復旧費協議書（様式1）
- ☐ 医療施設等災害復旧費実地調査表（様式2）
- ☐ 災害発生原因や程度（震度）がわかる資料
 - ※ 地元地方気象台の発表した観測記録や、都道府県・市町村防災担当部署が作成した資料など
- ☐ 図面、被災箇所すべての写真（写真は主なものを印刷し、その他はパソコン等の画面で確認する方法でも構いません。）
- ☐ 復旧費の積算根拠（見積書など）
- ☐ 医療機器にかかる備品台帳など、当該施設の所有であることを証明する資料

医療施設等災害復旧費補助金 補助対象等一覧

(別添)

区分	補助対象施設	対象経費			基準額 (激甚災害の場合)	補助率 (激甚災害の場合)
		建物	医療用設備	医療機器 注)激甚災害 の場合に限る		
公的医療機関施設	都道府県、市町村若しくは地方自治法第284条第1項に規定する一部事務組合(以下「市町村」という。)、国民健康保険団体連合会若しくは国民健康保険法施行法第2条の規定により国民健康保険を行う普通国民健康保険組合、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、全国厚生農業協同組合連合会又は社会福祉法人北海道社会事業協会の設置する病院及び診療所	○	○	○	厚生労働大臣の 定める額	1／2 (2／3)
へき地診療所	都道府県、市町村等、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、全国厚生農業協同組合連合会、社会福祉法人北海道社会事業協会、全国社会保険協会連合会、医療法人、学校法人、社会福祉法人、医療生活協同組合及びその他厚生労働大臣が認める者の設置するへき地診療所(医師及び看護師住宅を含む。)	○	○	○		1／2
政策医療実施機関						
救命救急センター	都道府県の医療計画等に基づき、都道府県知事の要請を受けた病院の開設者の設置する救命救急センター	○	○	○	769,100千円 (厚生労働大臣の定める額)	1／2
病院群輪番制病院及び共同利用型病院	都道府県知事又は市町村長等の要請を受けた病院の開設者の設置する病院群輪番制病院及び共同利用型病院	○	○	○	80,200千円 (厚生労働大臣の定める額)	1／2
救急告示病院	救急病院等を定める省令に基づき、都道府県知事が認定した救急病院であって、都道府県が定める医療計画において、第二次救急医療を実施している病院	○	○	○	80,200千円 (厚生労働大臣の定める額)	1／2
在宅当番医制病院	災害救助法の適用市町村に所在する病院であって、地方公共団体の委託等により地区医師会毎に在宅当番により休日・夜間における診療等を実施している病院	○	○	○	80,200千円 (厚生労働大臣の定める額)	1／2
在宅当番医制診療所	災害救助法の適用市町村に所在する診療所であって、地方公共団体の委託等により地区医師会毎に在宅当番により休日・夜間における診療等を実施している診療所	○	○	○	13,139千円 (厚生労働大臣の定める額)	1／2
在宅当番医制歯科診療所	災害救助法の適用市町村に所在する歯科診療所であって、地方公共団体の委託等により地区歯科医師会毎に在宅当番により休日・夜間における歯科診療を実施している歯科診療所	○	○	○	13,139千円 (厚生労働大臣の定める額)	1／2
休日夜間急患センター	災害救助法の適用市町村に所在する休日夜間急患センターであって、市町村が行う(委託を含む)休日夜間急患センター	○	○	○	13,139千円 (厚生労働大臣の定める額)	1／2
休日等歯科診療所	災害救助法の適用市町村に所在する歯科診療所であって、地方公共団体が休日・夜間における診療又は心身障害者(児)に対する診療を行う(委託を含む)歯科診療所	○	○	○	13,139千円 (厚生労働大臣の定める額)	1／2
時間外診療実施診療所	災害救助法の適用市町村に所在する診療所であって、時間外対応加算1、2及び3に関する施設基準の届出を地方厚生(支)局に行っている診療所	○	○	○	13,139千円 (厚生労働大臣の定める額)	1／2
災害拠点病院(基幹災害拠点病院)	都道府県又は都道府県知事の要請を受けた災害拠点病院で、厚生労働大臣が適当と認める開設者の設置する災害拠点病院	○	○	○	677,268千円 (厚生労働大臣の定める額)	1／2
災害拠点病院(地域災害拠点病院)		○	○	○	447,449千円 (厚生労働大臣の定める額)	1／2
へき地医療拠点病院	都道府県知事の指定を受けた病院の開設者の設置するへき地医療拠点病院	○	○	○	229,200千円 (厚生労働大臣の定める額)	1／2
周産期母子医療センター	都道府県が指定する総合周産期母子医療センター又は認定する地域周産期母子医療センター	○	×	○	83,300千円 (厚生労働大臣の定める額)	1／2
小児救急医療拠点病院	都道府県又は都道府県知事の要請を受けた病院の開設者の設置する小児救急医療拠点病院	○	○	○	28,155千円 (厚生労働大臣の定める額)	1／2
在宅医療実施病院	都道府県が定める医療計画において、居宅等における医療(在宅医療)を実施している病院	○	○	○	80,200千円 (厚生労働大臣の定める額)	1／2
在宅医療実施診療所	都道府県が定める医療計画において、居宅等における医療(在宅医療)を実施している診療所	○	○	○	13,139千円 (厚生労働大臣の定める額)	1／2
在宅医療実施歯科診療所	都道府県が定める医療計画において、居宅等における医療(在宅医療)を実施している歯科診療所	○	○	○	13,139千円 (厚生労働大臣の定める額)	1／2

区分		補助対象施設	対象経費			基準額 (激甚災害の場合)	補助率 (激甚災害の場合)
			建物	医療用設備	医療機器 注)激甚災害 の場合に限る		
	がん医療実施診療所	都道府県が定める医療計画において、がん医療を実施している診療所	○	○	○	13,139千円 (厚生労働大臣の定める額)	1／2
	脳卒中医療実施病院	都道府県が定める医療計画において、脳卒中医療を実施している病院	○	○	○	80,200千円 (厚生労働大臣の定める額)	1／2
	腎移植施設	厚生労働大臣が適当と認める者の設置する腎移植施設(原則、都道府県一か所(人口400万人以上の都道府県は二か所))	○	×	○	44,300千円 (厚生労働大臣の定める額)	1／2
	老人デイケア施設	厚生労働大臣が指定する者の設置する老人デイケア施設	○	○	○	165,200千円 (厚生労働大臣の定める額)	1／2
	共同利用施設	厚生労働大臣が適当と認める者の設置する共同利用施設	○	○	○	388,900千円 (厚生労働大臣の定める額)	1／2
医療関係者養成所施設							
	看護師等養成所	保健師助産師看護師法第19条、第20条、第21条又は第22条の規定による指定を受けることのできる保健師、助産師、看護師及び准看護師の学校及び養成所 (学校教育法第1条に規定する学校を除く)	○	×	×	厚生労働大臣の 定める額	1／2
	理学療法士等養成所	理学療法士及び作業療法士法第11条又は第12条の規定による指定を受けることのできる理学療法士又は作業療法士の学校及び養成所 (学校教育法第1条に規定する学校を除く)	○	×	×		1／2
	救急救命士養成所	救急救命士法第34条の規定による指定を受けることのできる救急救命士の学校及び養成所 (学校教育法第1条に規定する学校を除く)	○	×	×		1／2
	歯科衛生士養成所	歯科衛生士法第12条の規定による指定を受けることのできる歯科衛生士の学校及び養成所 (学校教育法第1条に規定する学校を除く)	○	×	×		1／2
研修施設							
	地域医療研修センター	医科大学若しくは大学医学部の附属病院(国立大学法人の開設したものを除く。以下同じ。)又は臨床研修病院(営利法人又は個人の設立した病院を除く。)の開設者の設置する地域医療研修センター	○	×	×	59,600千円	1／2
	研修医のための研修施設	医科大学若しくは大学医学部の附属病院、歯科大学若しくは大学歯学部附属病院(国立大学法人の開設したものを除く。)又は臨床研修病院の開設者の設置する研修医のための研修施設	○	×	×	198,700千円	1／2
病院内保育所		日本赤十字社、社会福祉法人、全国厚生農業協同組合連合会、健康保険組合若しくはその連合会、国民健康保険団体連合会若しくは国民健康保険組合、共済組合若しくはその連合会、公益法人、一般社団法人、一般財団法人又は医療法人等の設置する病院内保育所	○	×	×	厚生労働大臣の 定める額	1／2
看護師宿舎		都道府県、市町村等、日本赤十字社、全国厚生農業協同組合連合会、社会福祉法人、健康保険組合若しくは健康保険組合連合会、国民健康保険組合若しくは国民健康保険団体連合会又は厚生労働大臣が適当と認める者の設置する看護師宿舎	○	×	×	既存面積(1人当たり33㎡を限度) ×1/2×198,300円	1／2
救急医療情報センター		都道府県の設置する救急医療情報センター	○	×	×	13,100千円	1／2

※ 補助額：実際の事業費(厚生労働省等による実地調査に基づく額)と、基準額を比較して、低い方の額に補助率を乗じた額。(千円未満切り捨て)

※ 国、独立行政法人(独立行政法人通則法第2条第1項に規定する独立行政法人をいう。)若しくは国立大学法人(国立大学法人法第2条第1項に規定する国立大学法人をいう。)又は医療法第7条の2第1項第二号～第五号に掲げる者の設置するものは対象外。

※ 厚生労働大臣の定める額:上限なし

実地調査について

医療施設等災害復旧費補助金は、平成7年3月1日厚生省発健政第22号厚生事務次官通知の別添「医療施設等災害復旧費補助金交付要綱」に基づき交付します。

なお、医療施設等災害復旧費補助金は、別添の「内閣府、厚生労働省及び環境省所管補助施設災害復旧費実地調査要領(昭和59年9月7日蔵計2150号)」等に基づく実地調査により交付額が決定します。

1. 事前準備について

- (1)「医療施設等災害復旧費補助金のご案内(別紙1)」の「国による実地調査の実施」を参照の上、準備をお願いします。
- (2)都道府県担当部局を経由して、電子メールにより、別途指定する期日までに下記資料を提出してください。その際、医療施設等から厚生労働省に直接提出されないよう留意してください。
 - ・「医療施設等災害復旧費協議書」(様式1)
 - ・「医療施設等災害復旧費実地調査表」(様式2)

2. 実地調査について

- (1)医療施設等災害復旧費実地調査表に記載した被災の状況や所要額の積算根拠(数量、金額)等について調査します。
- (2)調査時においては、上記(1)の内容を確認するので、施工内容など専門的な内容を把握されている被災施設の担当者又は工事施行業者から説明をお願いします。
- (3)写真及び図面等に番号を付けるなどして、被災場所を書面で特定できるようにしてください。

3. 早期着工について

実地調査前に復旧事業を行う場合、被災の事実確認のため、被災した状況の分かる写真が必要不可欠であることから、被災の程度(範囲、数量、規格)等が確認できるよう、メジャーを添える等出来るだけ明瞭に撮影してください。

4. その他

- (1)災害復旧は、原則として、「原形復旧」であり、被災前より高価な資材、高機能な医療機器等による復旧は減額査定の対象となる場合があります。
- (2)協議書提出後に追加工事の発生や一部工事の取り止めなどにより所要額が変更となる場合は、実地調査前に、都道府県担当部局を経由して連絡してください。