



福岡医発第 2193 号（地）

令和 2 年 11 月 14 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松田 峻一良
(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)

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 11 月 14 日付け福岡医発第 2192 号（地））にて貴会宛ご連絡したところです。

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 10 月 22 日付け福岡医発第 2023 号（地））にて貴会宛にご連絡しております。

今般、診療・検査医療機関が当該補助金の申請に関する対応に資するよう、日本医師会において標記資料が作成された旨、本会に対して周知依頼がありました。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただき、貴会会員への周知方よろしくお願いいたします。

なお、同補助金の交付要綱並びに発熱患者の電話相談体制整備事業の交付要綱について、押印が不要になる等の一部改正がなされましたので、ご参考までに同封いたします。

小郡三井医師会より

感染症対策担当理事 橋本朋也
会長 島田昇二郎

(地 380) (健Ⅱ324)

令和 2 年 1 0 月 2 9 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 范 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)

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Ⅱ313））等を作成し、貴会宛にご案内差し上げたところです。

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Ⅱ300））を貴会宛にご案内してまいりました。

今般、診療・検査医療機関（仮称）が当該補助金の申請に関する対応に資するよう、本会において標記の資料を作成いたしました。

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等への周知方につきご高配のほどお願い申し上げます。本資料が、各地域における発熱患者受け入れ体制の構築・充実にご尽力されている医療機関へのご参考になれば幸甚に存じます。

追って、同補助金の交付要綱並びに発熱患者の電話相談体制整備事業の交付要綱について、押印が不要になる等の一部改正がなされましたので、ご参考までに同封いたします。

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)

2020年10月30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
- 交付申請書は、Excelファイル (<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000688696.xlsx>) にて作成し、提出
※ 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、郡市区医師会より、手書き記入された申請書等を
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、当該医師会へメール返信（後日ご案内）

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

第2号様式									
								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									
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。）									

「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。

黄色の欄（セル）のみ入力してください。

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)			
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
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	

歳入・歳出欄の金額は、自動的に入力されます。

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	駒込支店
預貯金種別	普通	
口座番号	1234567	
（ふりがな）	ニチイ 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）

「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。

厚生労働省発健1027第1号
令和2年10月27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外来診療・検査体制確保事業）交付要綱」の一部改正について

標記の国庫補助金の交付については、令和2年9月15日厚生労働省発健0915第8号の別添「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外来診療・検査体制確保事業）交付要綱」（以下「交付要綱」という。）により行われているところであるが、今般、交付要綱の一部が別紙のとおり改正され、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する。

(別紙)

○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）
交付要綱（令和２年９月１５日厚生労働省発健０９１５第８号厚生労働事務次官通知別添）の一部改正について【新旧対照表】

(下線部が変更部分)

改 正 後	現 行
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外来診療・検査体制確保事業）交付要綱 １～１２ （略） 第１号様式 （略） 第２号様式 番号 令和○年○月○日 厚生労働大臣 殿 <u>補助事業者名</u> 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．・２． （略） ３．都道府県からの「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<u>（都道府県の指定通知書等）の写し</u>	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外来診療・検査体制確保事業）交付要綱 １～１２ （略） 第１号様式 （略） 第２号様式 番号 令和○年○月○日 厚生労働大臣 殿 <u>補助事業者名</u> 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．・２． （略） ３．都道府県からの「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<u>（都道府県の指定通知書等）</u>

4. (略)

第2号様式(別紙) (略)

第3号様式

番号
令和〇年〇月〇日

厚生労働大臣 殿

補助事業者名

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)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. ～ 3. (略)

4. (略)

第2号様式(別紙) (略)

第3号様式

番号
令和〇年〇月〇日

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
外来診療・検査体制確保事業)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. ～ 3. (略)

第 3 号様式（別紙）	第 3 号様式（別紙）																																																																																																		
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 精算額調書（事業実績書）	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 精算額調書（事業実績書）																																																																																																		
I. 基本情報	I. 基本情報																																																																																																		
<table><tr><td>1. 報告年月日</td><td>令和</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr><tr><td>2. 医療機関の名称</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>3. 保険医療機関番号</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>4. 医療機関の住所</td><td>〒</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>5. 医療機関の電話番号</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>6. 担当者の所属及び氏名</td><td>所属</td><td></td><td>氏名</td><td></td></tr><tr><td>7. 担当者のEメールアドレス</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td rowspan="2">8. 都道府県の診療・検査医療機関（仮称）の 指定</td><td>指定日</td><td>令和</td><td>年</td><td>月 日</td></tr><tr><td>指定解除日</td><td>令和</td><td>年</td><td>月 日</td></tr><tr><td>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</td><td></td><td colspan="3"></td></tr></table>	1. 報告年月日	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. 都道府県の診療・検査医療機関（仮称）の 指定	指定日	令和	年	月 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					<table><tr><td>1. 申請年月日</td><td>令和</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr><tr><td>2. 医療機関の名称</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>3. 保険医療機関番号</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>4. 医療機関の住所</td><td>〒</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>5. 医療機関の電話番号</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>6. 担当者の所属及び氏名</td><td>所属</td><td></td><td>氏名</td><td></td></tr><tr><td>7. 担当者のEメールアドレス</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td rowspan="2">8. 都道府県の診療・検査医療機関（仮称）の 指定</td><td>指定日</td><td>令和</td><td>年</td><td>月 日</td></tr><tr><td>指定解除日</td><td>令和</td><td>年</td><td>月 日</td></tr><tr><td>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</td><td></td><td colspan="3"></td></tr></table>	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. 都道府県の診療・検査医療機関（仮称）の 指定	指定日	令和	年	月 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				
1. 報告年月日	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. 都道府県の診療・検査医療機関（仮称）の 指定	指定日	令和	年	月 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																																																																																																			
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. 都道府県の診療・検査医療機関（仮称）の 指定	指定日	令和	年	月 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（略）	II. 補助金の振込先（略）																																																																																																		
III. 事業実績（明細書）（略）	III. 事業実績（明細書）（略）																																																																																																		
第 4 号様式	第 4 号様式																																																																																																		
番号 令和〇年〇月〇日	番号 令和〇年〇月〇日																																																																																																		
厚生労働大臣 殿	厚生労働大臣 殿																																																																																																		
補助事業者名	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 外来診療・検査体制確保事業）精算交付申請書	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）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. ・ 2. （略） 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 <u>（都道府県の指定通知書等）の写し</u> 4. （略） 第4号様式（別紙） （略）	標記について、次のとおり関係書類を添えて申請する。 1. ・ 2. （略） 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 <u>（都道府県の指定通知書等）</u> 4. （略） 第4号様式（別紙） （略）
---	--

厚生労働省発健0915第8号
令和2年9月15日
一部改正 厚生労働省発健1027第1号
令和2年10月27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外来診療・検査体制確保
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外来診療・検査体制確保事業）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する。

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外来診療・検査体制確保事業） 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外来診療・検査体制確保事業）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地域の医療機関において適切に診療・検査を受けられる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、都道府県の指定を受けた診療・検査医療機関（仮称）が発熱患者等専用の診察室（時間的・空間的分離を行い、プレハブ・簡易テント・駐車場等で診療する場合を含む。以下同じ。）を設けた上で、予め発熱患者等の対応時間帯を住民に周知し、又は地域の医療機関や受診・相談センター（仮称）と情報共有して、発熱患者等を受け入れる体制をとった場合に、外来診療・検査体制確保に要する費用を補助する。

（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） 診療・検査医療機関（仮称）が発熱患者等専用の診察室を設けた上で、

予め発熱患者等の対応時間帯を住民に周知し、又は地域の医療機関や受診・相談センター（仮称）と情報共有して、発熱患者等を受け入れる体制を確保した時間に応じて、発熱患者等専用の診察室で受け入れる発熱患者等の想定受診患者数から、実際に発熱患者等専用の診察室で診療を行った発熱患者等の受診患者数を差し引いた人数に、外来診療・検査体制確保料として13,447円を乗じた額を算定する。

発熱患者等の想定受診患者数は、1日あたり20人を上限として、20人を7時間で除した数値に、診療・検査医療機関（仮称）が発熱患者等専用の診察室を設けて発熱患者等を受け入れる体制を確保した時間数を乗じた人数とする。ただし、診療・検査医療機関（仮称）が発熱患者等専用の診察室を設けて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場合は、発熱患者等の想定受診患者数は、1日あたり5人を上限として、5人を2時間で除した数値に、診療・検査医療機関（仮称）が発熱患者等専用の診察室を設けて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体制を確保した時間数を乗じた人数とする。

(2) (1)に関わらず、実際に発熱患者等専用の診察室で診療を行った発熱患者等の受診患者数が0人の月（令和2年9月、10月は除く。）については、(1)の算定額を2で除した額を算定した額とする。ただし、過疎地域自立促進特別措置法（平成12年法律第15号）の過疎地域に所在する診療・検査医療機関（仮称）の場合は、この限りでない。

(3) (1)及び(2)により算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。

（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) 都道府県が診療・検査医療機関（仮称）の指定を解除した場合には、指定解除の日以降の経費については交付の対象から外れるものであること。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 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。
 - 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。
- (6) 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。
- (7) 診療・検査医療機関（仮称）として都道府県に指定されている期間中は、新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システム（G-MIS）及び新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム（HER-SYS）に必要な情報の入力を行うこと。

（申請手続）

- 7 この補助金の交付の申請は、第2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(3)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3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4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外来診療・検査体制確保事業）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。

厚生労働大臣 殿

補助事業者名

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0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。）

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		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．都道府県の診療・検査医療機関(仮称)の指定	指定日	令和		年		月		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		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		年		月	事業終了月	令和		年				月
項目	内 容												金 額 (円)
診療室①	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)													0
上限額	1日1室当たり最大 20 人 基準額 13447 円 稼働日数 0 日 (b)												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（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)													0
補助申請額(a)と(b)と(d)を比較して少ない方の額										0	円		

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場合は↓に入力

項目	内 容												金 額 (円)
診療室①	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')													0
上限額	1日1室当たり最大 5 人 基準額 13447 円 稼働日数 0 日 (b')												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（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')													0
補助申請額(a')と(b')と(d')を比較して少ない方の額										0	円		

厚生労働大臣 殿

補助事業者名

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)
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0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。）

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
精算額調書（事業実績書）

I．基本情報

1. 報告年月日	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. 都道府県の診療・検査医療機関(仮称)の指定	指定日	令和		年		月		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		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	

1 / 2

III．事業実績（明細書）
※本事業実施期間の延稼働時間数、延受診者数を記載して下さい。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		年		月	事業終了月	令和		年		月
項目	内 容										金 額 (円)
診療室① 稼働日数		日	延稼働時間数総数		時間	延受診者数総数		人	基準額	13447 円	0
診療室② 稼働日数		日	延稼働時間数総数		時間	延受診者数総数		人	基準額	13447 円	0
診療室③ 稼働日数		日	延稼働時間数総数		時間	延受診者数総数		人	基準額	13447 円	0
			※延受診者数総数を積み上げる際には、1日当たり上限人数を超えない範囲で計上すること								
(実際に発熱患者等専用の診察室で診療を行った発熱患者等の受診患者数が0人の月の場合)											
診療室① 稼働日数		日	延稼働時間数総数		時間	延受診者数総数		人	基準額	13447 円	0
診療室② 稼働日数		日	延稼働時間数総数		時間	延受診者数総数		人	基準額	13447 円	0
合 計 (a)											0
上限額	1日1室当たり最大 20 人 基準額 13447 円 稼働日数 0 日 (b)										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（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)											0
精算額(a)と(b)と(d)を比較して少ない方の額									0	円	

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場合は↓に入力

項目	内 容										金 額 (円)
診療室① 稼働日数		日	延稼働時間数総数		時間	延受診者数総数		人	基準額	13447 円	0
診療室② 稼働日数		日	延稼働時間数総数		時間	延受診者数総数		人	基準額	13447 円	0
診療室③ 稼働日数		日	延稼働時間数総数		時間	延受診者数総数		人	基準額	13447 円	0
			※延受診者数総数を積み上げる際には、1日当たり上限人数を超えない範囲で計上すること								
(実際に発熱患者等専用の診察室で診療を行った発熱患者等の受診患者数が0人の月の場合)											
診療室① 稼働日数		日	延稼働時間数総数		時間	延受診者数総数		人	基準額	13447 円	0
診療室② 稼働日数		日	延稼働時間数総数		時間	延受診者数総数		人	基準額	13447 円	0
合 計 (a')											0
上限額	1日1室当たり最大 5 人 基準額 13447 円 稼働日数 0 日 (b')										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（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')											0
精算額(a')と(b')と(d')を比較して少ない方の額									0	円	

2 / 2

厚生労働大臣 殿

補助事業者名
代表者氏名

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）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0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「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。）

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
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. 都道府県の診療・検査医療機関(仮称)の指定	指定日	令和		年		月		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		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）※本事業実施期間の延稼働時間数、延受診者数を記載して下さい。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		年		月	事業終了月	令和		年		月
項目	内 容										金 額 (円)
診療室① 稼働日数		日	延稼働時間数総数		時間	延受診者数総数		人	基準額	13447 円	0
診療室② 稼働日数		日	延稼働時間数総数		時間	延受診者数総数		人	基準額	13447 円	0
診療室③ 稼働日数		日	延稼働時間数総数		時間	延受診者数総数		人	基準額	13447 円	0
			※延受診者数総数を積み上げる際には、1日当たり上限人数を超えない範囲で計上すること								
(実際に発熱患者等専用の診察室で診療を行った発熱患者等の受診患者数が0人の月の場合)											
診療室① 稼働日数		日	延稼働時間数総数		時間	延受診者数総数		人	基準額	13447 円	0
診療室② 稼働日数		日	延稼働時間数総数		時間	延受診者数総数		人	基準額	13447 円	0
合 計 (a)											0
上限額	1日1室当たり最大 20 人 基準額 13447 円 稼働日数 0 日 (b)										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（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)											0
精算額(a)と(b)と(d)を比較して少ない方の額									0	円	

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場合は↓に入力

項目	内 容										金 額 (円)
診療室① 稼働日数		日	延稼働時間数総数		時間	延受診者数総数		人	基準額	13447 円	0
診療室② 稼働日数		日	延稼働時間数総数		時間	延受診者数総数		人	基準額	13447 円	0
診療室③ 稼働日数		日	延稼働時間数総数		時間	延受診者数総数		人	基準額	13447 円	0
			※延受診者数総数を積み上げる際には、1日当たり上限人数を超えない範囲で計上すること								
(実際に発熱患者等専用の診察室で診療を行った発熱患者等の受診患者数が0人の月の場合)											
診療室① 稼働日数		日	延稼働時間数総数		時間	延受診者数総数		人	基準額	13447 円	0
診療室② 稼働日数		日	延稼働時間数総数		時間	延受診者数総数		人	基準額	13447 円	0
合 計 (a')											0
上限額	1日1室当たり最大 5 人 基準額 13447 円 稼働日数 0 日 (b')										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（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')											0
精算額(a')と(b')と(d')を比較して少ない方の額									0	円	

厚生労働省発健1027第2号
令和2年10月27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）交付要綱」の一部改正について

標記の国庫補助金の交付については、令和2年9月15日厚生労働省発健0915第7号の別添「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」（以下「交付要綱」という。）により行われているところであるが、今般、交付要綱の一部が別紙のとおり改正され、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する。

(別紙)

○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（令和２年９月１５日厚生労働省発健０９１５第７号厚生労働事務次官通知別添）の一部改正について【新旧対照表】

(下線部が変更部分)

改正後	現行
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 1～12 （略） 第１号様式 （略） 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 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 1～4 （略）	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 1～12 （略） 第１号様式 （略） 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 1～4 （略）

第 3 号様式

番号
令和〇年〇月〇日

厚生労働大臣 殿

補助事業者名

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. ・ 2. （略）
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）の写し
4. （略）

第 3 号様式（別紙） （略）

第 4 号様式

番号
令和〇年〇月〇日

厚生労働大臣 殿

補助事業者名

第 3 号様式

番号
令和〇年〇月〇日

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. ・ 2. （略）
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. （略）

第 3 号様式（別紙） （略）

第 4 号様式

番号
令和〇年〇月〇日

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）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． ～ ３． （略）

第４号様式（別紙）

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．報告年月日	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 （略）

III．事業実績（明細書） （略）

第５号様式

番号
令和〇年〇月〇日

厚生労働大臣 殿

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． ～ ３． （略）

第４号様式（別紙）

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 （略）

III．事業実績（明細書） （略）

第５号様式

番号
令和〇年〇月〇日

厚生労働大臣 殿

<u>補助事業者名</u>	<u>補助事業者名</u> <u>印</u>
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	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。	標記について、次のとおり関係書類を添えて申請する。
１．・２．（略）	１．・２．（略）
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 <u>（都道府県の指定通知書等）</u> の写し	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 <u>（都道府県の指定通知書等）</u>
４．（略）	４．（略）
第５号様式（別紙）	第５号様式（別紙）

厚生労働省発健0915第7号
令和2年9月15日
一部改正 厚生労働省発健1027第2号
令和2年10月27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する。

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	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

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30年法律第179号）第15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

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0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）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。）

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（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（D）		
総事業費－収入額（E）		0

補助申請額（F）	0 円
----------	-----

番号
令和〇年〇月〇日

厚生労働大臣 殿

補助事業者名

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0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．報告年月日	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（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（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

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0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）の写し
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
--------	-----