

# 記入例（様式第1号）

※3月の対象業務に従事した職員（2名）に対し、4月に手当を支給した場合（記入例別紙1、2も同様）

令和3年5月20日

愛媛県知事 ○○ ○○ 様

住所 ○○市○○町○○番地  
医療機関名 医療法人○○会 ○○病院  
代表者職・氏名 理事長 ○○ ○○理事  
長印

【法人の場合】  
「理事長」等の代表者の  
文言の入った印鑑を押印  
ください。（認印不可）

【個人事業主の場合】  
代表者個人の印鑑を押印  
ください。

愛媛県医療従事者応援手当補助金  
交付申請書兼請求書（令和3年3月分）

愛媛県医療従事者応援手当補助金交付要綱第4条の規定に基づき、下  
記のとおり関係書類を添えて申請し、補助金の支払を請求します。

## 記

- 1 請求金額 金 129,000 円也
  - 2 感染者等の入院・検体採取実績報告書（別紙1）
  - 3 従事状況及び手当支給実績報告書（別紙2）
- ※当該手当の支給状況が分かる資料

○例えば、2月・3月業務分をまとめて、4月  
に支払った場合は、令和3年2月～3月分と  
してまとめて申請してください。

○給与支給の対象業務期間が、月末締めでは  
なく例えば15日締めの場合は、令和3年3月16  
日～4月15日分といった単位で記入の上、申  
請ください。（申請を月単位で分けないでく  
ださい。）

○提出書類は、以下の4点ですので、漏れなくご提出いただき  
ますようお願いいたします。

- ① 様式第一号（当様式）
- ② 別紙1
- ③ 別紙2（支給対象者毎に作成ください。）
- ④ 手当の支給状況が確認できるもの  
（給与支給台帳の写し等）

○また、これまでに県からの補助金等の支払実績がない場合は、  
別途債権者登録が必要となりますので、別途ご連絡ください。

記入例(別紙1)

感染者等の入院・検体採取実績報告書

医療機関名			医療法人〇〇会 〇〇病院	
日付			入院患者数 (※1)	検体採取人数 (※2)
月	日	曜		
3	1	月		
3	2	火		4
3	3	水		3
3	4	木	1	
3	5	金	1	
3	6	土	2	
3	7	日	2(1)	
3	8	月	2	
3	9	火	2	2
3	10	水	2	3
3	11	木	1	
3	12	金		
3	13	土		
3	14	日		
3	15	月		
3	16	火		6
3	17	水		
3	18	木		
3	19	金		4
3	20	土		3
3	21	日		
3	22	月		
3	23	火		5
3	24	水		1
3	25	木		
3	26	金		
3	27	土		3
3	28	日		
3	29	月		
3	30	火		2
3	31	水		

検査の結果、陽性となった患者が、のちに入院（又は外来受診）した場合等にその患者数をご記入ください。（入院勧告等の期間中に限る。）

※上記により、大半の医療機関は、入院患者数の欄は未記入で、検体採取人数欄のみに記入することが見込まれます。

- (※1) その日一日の延べ入院者数を記入すること。  
(午前中に1名退院し、午後、新たに1名入院した場合は、当該記入欄に2と記入)  
なお、他の医療機関等に入院(入所)している感染者が外来受診した場合は、その人数を( )書きで記入すること。
- (※2) その日に、行政検査のための検体採取を行った者の人数を記入すること。  
(入院中の感染者に係る退院のための陰性確認検査は除く。)

記入例1人目(別紙2)

従事状況及び手当支給実績報告書

医療機関名	医療法人〇〇会 〇〇病院
従事者氏名	〇〇 〇〇
職 種	医師
所属部署・役職等	院長

別紙1の入院患者数の欄に計上した患者にかかる従事業務は「1」、別紙1の検体採取人数欄に計上した患者にかかる従事業務は、「2」となります。いずれにも該当する場合は、どちらか一方を記入してください。  
 ※大半の医療機関は、従事業務「2」のみを記入することが見込まれます。

対象業務実施日			従事業務 (※1)	従事区分 (※2)	手当額	手当支給日 (※3)	備考
月	日	曜					
3	2	火	2	ア	4,000	令和3年4月20日	
3	3	水	2	ア	4,000	令和3年4月20日	
3	4	木	1	ア	4,000	令和3年4月20日	
3	5	金	1	ア	4,000	令和3年4月20日	
3	6	土	1	ア	4,000	令和3年4月20日	
3	7	日	1	ア	4,000	令和3年4月20日	
3	8	月	1	ア	4,000	令和3年4月20日	
3	9	火	2	ア	4,000	令和3年4月20日	
3	10	水	1	ア	4,000	令和3年4月20日	
3	11	木	1	ア	4,000	令和3年4月20日	
3	16	火	2	ア	4,000	令和3年4月20日	
3	19	金	2	ア	4,000	令和3年4月20日	
3	20	土	2	ア	4,000	令和3年4月20日	
3	23	火	2	ア	4,000	令和3年4月20日	
3	24	水	2	ア	4,000	令和3年4月20日	
3	27	土	2	ア	4,000	令和3年4月20日	
3	30	火	2	ア	4,000	令和3年4月20日	

- (※1) 別表1の「対象業務」に定める業務の区分(1又は2)を記入すること
- (※2) 別表1の「基準額」に定める業務の区分(ア又はイ)を記入すること
- (※3) 当該手当の支給状況が分かる資料を添付すること

記入例2人目(別紙2)

従事状況及び手当支給実績報告書

医療機関名	医療法人〇〇会 〇〇病院
従事者氏名	〇〇 〇〇
職 種	看護師
所属部署・役職等	看護師長

対象業務実施日			従事業務 (※1)	従事区分 (※2)	手当額	手当支給日 (※3)	備考
月	日	曜					
3	2	火	2	イ	3,000	令和3年4月20日	
3	3	水	2	ア	4,000	令和3年4月20日	
3	4	木	1	ア	4,000	令和3年4月20日	
3	5	金	1	イ	3,000	令和3年4月20日	
3	6	土	1	ア	4,000	令和3年4月20日	
3	7	日	1	イ	3,000	令和3年4月20日	
3	8	月	1	ア	4,000	令和3年4月20日	
3	9	火	1	ア	4,000	令和3年4月20日	
3	10	水	2	イ	3,000	令和3年4月20日	
3	11	木	1	ア	4,000	令和3年4月20日	
3	16	火	2	イ	3,000	令和3年4月20日	
3	19	金	2	ア	4,000	令和3年4月20日	
3	20	土	2	ア	4,000	令和3年4月20日	
3	23	火	2	イ	3,000	令和3年4月20日	
3	24	水	2	ア	4,000	令和3年4月20日	
3	27	土	2	ア	4,000	令和3年4月20日	
3	30	火	2	イ	3,000	令和3年4月20日	

(※1) 別表1の「対象業務」に定める業務の区分(1又は2)を記入すること

(※2) 別表1の「基準額」に定める業務の区分(ア又はイ)を記入すること

(※3) 当該手当の支給状況が分かる資料を添付すること