

# 新型コロナウイルス対応医療機関等 物価高騰応援金申請要領

## 【申請期間】

令和4年12月21日（水）～ 令和5年1月31日（火）（消印締切）

## 【申請方法】

電子申請又は書面申請

## 【書面申請郵送先】

〒310-8555 茨城県水戸市笠原町 978 番 6

茨城県保健医療部保健政策課 新型コロナウイルス応援金担当 宛

## 【お問合せ先】

茨城県保健医療部保健政策課 地域保健支援グループ

電話番号：029-301-3129

受付時間：平日9時～17時（12月29日～1月3日を除く）

## 【専用ホームページ】

<https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/koso/iji/koso/toukei/documents/documents/buxtukakoutou.html>

# 茨城県保健医療部保健政策課

## 1 応援金の概要

---

### ■趣旨

物価高騰が続く中、新型コロナウイルス感染症への対応に積極的に取り組む医療機関等に対し、応援金を給付することで、安定的・持続的な医療提供体制の確保を図るため、実施するものです。

### ■支給額（申請額）

10万円（支給対象ごと）

### ■申請方法

「電子申請」又は「書面申請」により申請してください。

#### □電子申請

- ・いばらき電子申請・届出サービスから申請いただけます。  
→[https://s-kantan.jp/pref-ibarakiu/offer/offerList\\_initDisplay.action](https://s-kantan.jp/pref-ibarakiu/offer/offerList_initDisplay.action)
- ・「いばらき電子申請・届出サービス」は、利用者登録をせずに利用可能です。
- ・手続き一覧から「新型コロナウイルス対応医療機関等物価高騰応援金」を選択し、申請してください。
- ・振込先口座の通帳の写し（表紙及び見開き部分）の添付が必要となりますので、あらかじめ写真やスキャンしたデータをご用意ください。

#### □書面申請

- ・申請に必要な書類は、申請書兼誓約書及び振込先口座の通帳の写し（表紙及び見開き部分）となります。
- ・申請書兼誓約書は茨城県ホームページにおいて、ダウンロードできます。  
→<https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/koso/iji/koso/toukei/documents/documents/buxtukakoutou.html>
- ・申請書に必要な事項を記載の上、添付書類とともに表紙の宛先まで送付してください。
- ・県から連絡する場合がありますので、提出時に必ず控えをお取りください。
- ・簡易書留又はレターパックなど、送付物の追跡ができる方法で送付してください。

### ■ 審査・支給・不支給

- ・審査の結果、適正と認められた場合に、応援金を申請者が指定する口座へ振り込みます。振込をもって支給決定の通知と代えさせていただきますので、支給決定の通知は発送いたしません。予めご了承ください。振込名は、「イバラキケンホケンセイサクカ」です。
- ・審査の結果、要件を満たさない等の理由により応援金を支給しない旨の決定をしたときは、後日、

不支給決定の通知を発送します。

## ■ その他・注意事項

- ・申請内容の確認のため、追加書類の提出や説明をお願いする場合があります。
- ・申請内容に不備がある場合は、不備の修正を依頼します。軽微な不備（誤字等）については、審査担当者が職権により修正いたします。
- ・書類の不備等があり、申請者に連絡・確認がとれない期間又は申請者が不備修正に応じない期間が30日間続いた場合には、申請が取り下げられたものとみなします。
- ・応援金の事務処理を円滑に進めるため、県では、必要に応じて検査、報告又は是正のための措置を求めることがあります。
- ・応援金の支給後、申請要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合、県は支給決定を取り消します。既に支給した応援金については、受領の日から納付の期間までに応じて年利10.95パーセントの割合で計算した加算金と併せて返還していただきます。
- ・応援金の返還及び加算金の納付期限内に納付がない場合は、未納に係る金額に対して、未納に係る期間に応じて年利10.95パーセントの割合で計算した延滞金を徴収いたします。
- ・不正受給と判断された場合、申請者名の公表や告訴等の措置をとる場合があります。

## 2 支給対象者

---

応援金の支給対象となる者（以下、「支給対象者」という。）は、次のいずれかの医療機関等の開設者等であって、医療等のサービスを提供している者となります。

申請する時点において、対象に該当するか、申請前によくご確認ください。

### (1) 診療・検査医療機関（発熱外来）

発熱患者の診療や検査を行う医療機関として県から指定を受けた者。ただし、応援金を申請する時点で、診療及び検査ともに自院患者以外にも実施し、かつ、県HPで公表している医療機関に限る。

### (2) 健康フォローアップ協力医療機関

新型コロナウイルス感染症陽性患者の自宅療養者（以下、「自宅療養者」という。）に対する診療を行う医療機関として、応援金を申請する時点で、県へ報告している医療機関。

### (3) 訪問看護事業所

応援金を申請する時点までに、自宅療養者に対する訪問看護の実績のある指定訪問看護事業所。

### (4) 後方支援医療機関

療養期間を過ぎても他の疾病により自宅や高齢者施設等に戻れない患者を受け入れる医療機関として、応援金を申請する時点で、県へ報告している医療機関。

### 3 不支給要件

以下の(1)から(5)のいずれかに該当する場合は、応援金の支給対象外となります。

- (1) あらかじめ県の指定を受け、新型コロナウイルス感染症患者の入院受入を行う医療機関の開設者
- (2) 応援金を申請する時点で休業中の医療機関等の開設者等
- (3) 茨城県暴力団排除条例（平成 22 年茨城県条例第 36 号。以下、「条例」という。）第 2 条第 1 号又は第 3 号に規定する者（以下、「暴力団等」という。）
- (4) 役員等（役員又は理事等その他経営に実質的に関与している者をいう。）のうちに条例第 2 条第 3 号に規定する者又は暴力団等と社会的に非難されるべき関係を有している者がある医療機関等の開設者等
- (5) 前各号に掲げる者のほか、応援金の趣旨・目的に照らして適当でないと知事が判断する医療機関等の開設者等

### 4 申請フォーム・様式

申請は 1 医療機関ごとに 1 葉使用いただきます。

#### (1) 申請者情報

No.	項目	内容
1	医療機関名	・保険医療機関としての医療機関名又は指定訪問看護事業所名を記載してください（フリガナも記載）。
2	申請者職・氏名	・法人の場合は法人の代表者の役職・氏名を記載してください（フリガナも記載）。 ・個人の場合は県に届けている管理者の役職・氏名を記載してください（フリガナも記載）。
3	申請区分及び申請金額	・該当する要件にチェックをしてください。 ・チェックの数に応じて、該当する申請額にチェックをしてください。
4	所在地	・申請する医療機関の所在地を記載してください。
5	担当者所属・氏名	・審査の際に県から問合せを行う際の担当となる方の所属と氏名を記載してください。
6	電話番号（連絡先）	・連絡担当者の電話番号を記載してください。
7	メールアドレス（連絡先）	・医療機関等のメールアドレスを記載してください。
8	法人番号	・保険医療機関コードを記載してください。

## (2) 振込先口座情報

番号	入力内容	内容
1	金融機関名	金融機関名／金融機関コードを記載してください。
2	支店番号	支店名／支店コードを記載してください。
3	口座種別	普通又は当座から選択してください。
4	口座番号	口座番号を右詰めで記載してください。
5	口座名義人	申請者名と一致するもの。

※振込先の口座は、必ず申請者本人（法人の場合は法人）名義の口座としてください。

## (3) 宣誓・同意事項

申請の際、申請書に記載の内容について、宣誓・同意することが必要となります。

必ず全項目にチェックをしてください。

## 5 提出書類

No.	書類の名称	内容
1	申請書兼誓約書	■申請書兼誓約書（様式第1号）
2	申請者名義の振込先口座の通帳の写し（表紙及び見開き部分）	■法人の場合は法人名義、個人の場合は管理者名義の振込先口座の通帳の写し（表紙及び見開き部分） ・ 応援金の振込先となる口座の通帳の写しを添付してください。 ・ 金融機関名、支店番号、支店名、口座種別、口座名義人（カナ名）が確認できるよう提出してください。 ・ 紙媒体の通帳がない場合は、電子通帳等の画像を提出してください。