

# 令和3年度新型コロナウイルス感染症対応 医療従事者特殊勤務手当補助事業

## 補助金交付申請の手引き 【申請者：医療機関】

令和3年4月から押印が不要になります。

令和3年4月1日現在  
(第2版)

奈良県 医師・看護師確保対策室

# 補助金交付申請手続

※ 不明な点があれば、個別にお問い合わせください。

医療機関

特殊勤務手当の支給について、労働協約、就業規則、給与規程又は労働契約等により規定

新型コロナウイルス感染症患者に対応する医療従事者に対し、特殊勤務手当を支給

医療機関



県

- ・ 1か月ごとに補助金交付申請書等を県に提出  
(各医療機関の給与支給日に併せて、  
給与支給日以降の日付で申請してください)

県



医療機関

- ・ 審査
- ・ 交付決定及び額の確定
- ・ 医療機関あてに交付決定及び額の確定を通知

医療機関



県

- ・ 交付決定額について、請求書を県に提出

県



医療機関

- ・ 県から医療機関に交付決定額(=請求額)の支払い

※ 予算の範囲内での補助となりますので、年度の途中で事業が終了する場合があります。

## ①-1 交付申請書の作成

- 交付申請書に必要事項を記載・押印の上、必要書類を添付の上、県に提出してください。
- 申請に必要な書類は以下のとおりです。

|     |  |
|-----|--|
| 申請書 | 第1-1号様式  |
| 計算書 | 第1-2号様式  |
| 証明書 | 第1-3号様式 勤務実績証明書  |
| その他 | ① 支給実績の証拠となる書類(写し)<br>② 労働協約、就業規則、給与規程又は労働契約等(特殊勤務手当の支給について定めたものの写し) |

各様式の記載例やポイントは、次ページ以降を参考にしてください。

### 【POINT】

#### ★ 勤務実績証明書(第1-3号様式)

対象職員数が多く、作成が困難である場合は、表紙において「別紙のとおり」とし、別紙に第1-3号様式の項目内容がすべて記載されていれば、任意様式で作成してもかまいません。

#### ★ 支給実績の証拠となる書類(写し)

支給実績の証拠となる書類とは、手当支払いに関する支出証拠書(支払いに関する決裁書類等)の写しを想定していますが、一覧表(対象者氏名と特殊勤務手当支給総額が記載され、申請者による記載どおり支給した旨の証明を行ったもの。)の添付に代えることが可能です。

ホームページに一覧表の参考様式を掲載しておりますので、ご活用ください。

# ① 交付申請書の作成

申請書

第1-1号様式(申請書)

押印は不要になりました。  
(県から個別に本人確認をする場合があります)

〇〇第〇号  
令和3年9月20日

奈良県知事 殿

申請者 住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇  
〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号  
名称 〇〇法人〇〇病院  
代表者職・氏名 院長 奈良 太郎

新型コロナウイルス感染症対応医療従事者特殊勤務手当補助金交付申請書  
(令和3年8月分)

標記の補助金の交付について、新型コロナウイルス感染症対応医療従事者特殊勤務手当補助金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。

記

## 1 補助対象経費及び補助金交付申請額

(1) 補助対象経費 金 1,370,000 円也  
(2) 補助金交付申請額 金 1,360,000 円也

## 2 添付書類

- (1) 補助対象経費計算書(第1-2号様式)
- (2) 勤務実績証明書(第1-3号様式)
- (3) 支給実績の証拠となる書類(写し)
- (4) 労働協約、就業規則、給与規程又は労働契約等(特殊勤務手当の支給について定めたもの)

・医療機関の支給対象月を記載  
・既支給分は、〇~〇月として複数月としても可

補助対象経費が、補助上限額を超える場合は(1)>(2)となる

支給実績の証拠となる書類(写し)については2頁注意書き参照

# ① 交付申請書の作成

申請書

第1-2号様式(計算書)

R3 年 8 月支給分

**記載例** 補助対象経費計算書

1 支給単価

| 1日当たり単価  | 単価について就業規則等で定める要件   |
|----------|---|
| ① ¥4,000 | 新型コロナウイルス感染症の病原体を保有、又は保有している疑いがある者の身体に直接又は長時間接して防疫作業に従事した場合 |
| ② ¥2,000 | 新型コロナウイルス感染症の病原体を保有、又は保有している疑いがある者に短時間近接して防疫作業に従事した場合       |
| ③ ¥5,000 | ……の防疫作業に従事した場合  |

2 支給実績額

| 単価       | × | 延べ人数 | = | (A) 支給額    | (B) 上限額×延べ人数 |
|----------|---|------|---|------------|--------------|
| ① ¥4,000 | × | 300  | = | ¥1,200,000 | ¥1,200,000   |
| ② ¥2,000 | × | 60   | = | ¥120,000   | ¥240,000     |
| ③ ¥5,000 | × | 10   | = | ¥50,000    | ¥40,000      |
| 補助対象経費・計 |   |      | = | ¥1,370,000 |              |

※ 補助対象経費・計は、第1-1号様式(申請書)の1(1)と一致していること。  
 ※ 延べ人数は、第1-3号様式(勤務実績証明書)の従事日数合計と一致していること。

3 補助金交付申請額 : 単価ごとに (A)と(B)の少ない方の額の合計

|   |            |
|---|------------|
| ① | ¥1,200,000 |
| ② | ¥120,000   |
| ③ | ¥40,000    |
| 計 | ¥1,360,000 |

※ 補助金交付申請額・計は、第1-1号様式(申請書)の1(2)と一致していること。

・就業規則等で規定している支給要件を記載(複数要件がある場合はそれぞれ記載)

水色の色付きセルは自動計算です。延べ人数のみ入力してください。

# ① 交付申請書の作成

申請書

第1-3号様式(勤務実績証明書)

押印は不要になりました。  
(県から個別に本人確認をする場合があります)

## 新型コロナウイルス感染症対応医療従事者特殊勤務手当 勤務実績証明書

奈良県知事 様

下記のとおり、特殊勤務手当を支給した者は、新型コロナウイルス感染症患者等の治療等の防疫作業に従事したことを証明します。

記載例

医療機関 所在地 ○○市○○町○丁目○番○号  
名称 ○○法人○○病院  
代表者職・氏名 院長 ○○ ○○

支給日 令和 3 年 8 月 20 日 (令和 3 年 7 月給与分)

<当該月の勤務実績>

- ※ 同一人でも適用単価が異なる場合は、複数行に分けて記載してください。
- ※ 主な業務は、リストから①・②を選択してください。
  - ① 新型コロナウイルス感染症患者の身体に直接接触又は近接して行う業務  
(診察、治療、看護、検査、機器の調整、搬送等)
  - ② 新型コロナウイルス感染症患者が汚染又は汚染したおそれのある物件の処理業務

| 職員名     | 職種     | 主な業務 | 適用単価  | 従事日数 | 支給額       | 備考       |  |
|---------|--------|------|-------|------|-----------|----------|--|
| 1 奈良 太郎 | 医師     | ①    | 4,000 | 10   | 40,000    |          |  |
| 2 大和 花子 | 看護師    | ①    | 4,000 | 10   | 40,000    |          |  |
| 3 大和 花子 | 看護師    | ②    | 4,000 | 5    | 20,000    |          |  |
| 4       |        |      |       |      | 0         |          |  |
| 5       |        |      |       |      | 0         |          |  |
| 6       | ~ 省略 ~ |      |       |      |           | 0        |  |
| 7       |        |      |       |      | 0         |          |  |
| 8       |        |      |       |      | 0         |          |  |
| 9       |        |      |       |      | 0         |          |  |
| 10      |        |      |       |      |           |          |  |
| 11      |        |      |       |      |           |          |  |
| 12      |        |      |       |      |           |          |  |
| 13      |        |      |       |      |           |          |  |
| 14      |        |      |       |      |           |          |  |
| 15      |        |      |       |      |           |          |  |
| 16      |        |      |       |      |           |          |  |
| 17      |        |      |       |      |           |          |  |
| 18      |        |      |       |      |           |          |  |
| 19      |        |      |       |      |           |          |  |
| 20      |        |      |       |      | 0         |          |  |
| 合計      |        |      |       |      | 1,370,000 | ←(A) 支給額 |  |

対象職員数が多く、作成が困難である場合は、表紙において「別紙のとおり」とし、別紙に第1-3号様式の項目内容がすべて記載されていれば、任意様式で作成してもかまいません。

参考様式はホームページに掲載しておりますので、ご活用ください。

注) 複数枚に場合は、証明欄は先頭頁のみ、合計欄は最終頁のみ記入してください。

## ② 請求書の作成

- 交付決定及び額の確定通知を受けたときは、請求書に必要事項を記載・押印して提出してください。

請求書

第3号様式

押印は不要になりました。  
(県から個別に本人確認をする場合があります)

|   |                          |           |         |
|---|--------------------------|-----------|---------|
|   |                          | 〇〇第号      |         |
|   |                          | 令和3年〇月〇日  |         |
| 奈良県知事 殿   |                          |           |         |
| 住所 〒 ー  |                          |           |         |
| 名称  |                          |           |         |
| 代表者職・氏名   |                          |           |         |
| 新型コロナウイルス感染症対応医療従事者特殊勤務手当補助金請求書   |                          |           |         |
| 令和3年〇月〇日付け奈良県指令医看第〇〇号の〇〇をもって交付決定の通知があった標記の補助金について、新型コロナウイルス感染症対応医療従事者特殊勤務手当補助金交付要綱第10条の規定により、下記のとおり請求します。 |                          |           |         |
| 記   |                          |           |         |
| 1 請求額   | 金                        | 1,370,000 | 円也      |
| 2 振込先   |                          |           |         |
| 金融機関  | 〇〇銀行                     | 支店名       | 〇〇本店 支店 |
| 預金種目  | 1 普通 2 当座                | 口座番号      | 0012345 |
| フリガナ  | ママルホウジ ママルビョウイン イチヨウ ナカウ |           |         |
| 口座名義  | 〇〇法人〇〇病院 院長 奈良太郎         |           |         |

交付決定通知の日付、文書番号を記載

交付決定の額と一致させる

振込先の情報は誤りのないように正確に記載してください。  
フリガナも必ず記載してください。