

宮医発第 1757 号
令和 4 年 12 月 16 日

郡 市 医 師 会 長 殿

公益社団法人 宮 城 県 医 師 会
会 長 佐 藤 和 宏
(公 印 省 略)

インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保補助金の精算交付申請
(差額補填申請) の期限について

本会活動の推進には、日頃より格段のご指導ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

今般、標記の件について、日本医師会より別添のとおり通知がありました。

本件は、インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保補助金の精算交付申請
(差額補填申請) の期限についてお知らせするものです。

申請の提出期限は令和 4 年 12 月 23 日 (金) 厳守となっており、期限までに精算
交付申請書の提出が無い場合、差額分の補助金が交付されないおそれがあります。

昨今、詐欺メールの報道等もあることから、本件につき医療機関等より貴会宛にご照
会が来ることも考えられますので、精算交付申請額にもよると思われますが、ご提出を
検討いただくようご案内下さい。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご承知おきいただきますとともに、
貴会会員へのご周知方について、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

担当：総務部総務課

Tel 022-227-1591

Fax022-266-1480

日医発第 1757 号（地域）（健Ⅱ）

令和 4 年 12 月 9 日

都道府県医師会 担当理事 殿

公益社団法人日本医師会

常任理事 釜范 敏

（公印省略）

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
の精算交付申請（差額補填申請）の期限について

貴職におかれましては、新型コロナウイルス感染症対策に精力的に取り組んでいただき、誠にありがとうございます。

さて今般、厚生労働省健康局結核感染症課より、令和 2 年度及び令和 3 年（令和 2 年度からの繰越分）「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」を申請した医療機関のうち、事業実績報告書に基づく事業費が交付額確定通知書の金額を上回っていることから、精算交付申請（差額補填申請）の対象になり得る機関に対し、メールにて再度精算交付申請ご提出の案内の連絡がなされたとのことです。

申請の提出期限は令和 4 年 12 月 23 日（金）厳守となっております、期限までに精算交付申請書の提出が無い場合、差額分の補助金が交付されないおそれがあります。

昨今、詐欺メールの報道等もあることから、本件につき医療機関等より貴会宛にご照会が来ることも考えられますので、精算交付申請額にもよると思われますが、ご提出を検討いただくようご案内下さい。

なお、申請書の提出に際し、メールでの対応が難しい場合には、厚生労働省に連絡の上、紙媒体でも提出が可能とのことです。

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ますようお願い申し上げます。

厚生労働大臣 殿

補助事業者名
代表者氏名

令和3年度（令和2年度からの繰越分）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施医療機関支援事業）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. 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）の交付決定通知書の写し（変更交付決定を受けている医療機関においては、変更交付決定通知書の写し）
4. 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）の事業実績報告書の写し及び確定通知書の写し
5. 当該事業に係る収入支出決算書の抄本

**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施医療機関支援事業
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	
	指定解除日	令和		年		月	
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. 申請内容及び事業実績

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・検査体制確保事業精算額(A)		円
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・検査体制確保事業交付決定額(B) (※)		円
令和3年度における欠損額(A)-(B) = (C)	0	円
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)		円
(C) - (D) (1,000円未満切り捨て)	0	円

※ (A)については、「III. 事業実績(明細書)の合計(a)、(a')」を記載する。

※ 変更交付決定通知書を受けている医療機関については、変更交付決定額とする。

IV. 確認事項 以下は、補助を受けるために満たすことが必要な事項になりますので、ご確認ください。

申請内容については、令和2年度に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）において、交付を受けた補助金と、令和3年3月31日までの実績を比較して実績額のほうが高い。	
--	--

請 求 書

金

円

【令和3年度(令和2年度繰越分)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施医療機関支援事業)】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	
預貯金種別		口座番号	
(フリガナ) 口座名			
郵便番号 住所	〒		
交付申請 交付請求	令和○年○月○日		

補助事業者名

代表者名

官 署 支 出 官

厚生労働省大臣官房会計課長 殿

令和3年度（令和2年度からの繰越分）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施医療機関支援事業）収入支出決算（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：

0

所在地：

0

氏名

0