

外来対応医療機関に指定された医療機関の皆様へ

令和5年度群馬県外来対応医療機関設備整備事業費補助金（下期分）

申請案内

群馬県健康福祉部

感染症・がん疾病対策課 療養支援係 外来担当

1 補助の対象となる医療機関

群馬県が指定する「外来対応医療機関」（旧：診療検査外来）

2 補助対象（事業）期間

令和5年10月1日から令和6年3月31日まで

3 提出期限及び提出方法

(1) 提出期限 令和5年12月15日（金） 郵送必着

(2) 提出方法 郵送

4 提出書類

(1) 交付申請書（様式第1号）

(2) 事業実施計画書（別紙1）

(3) 所要額調書（別紙2）

(4) 所要額明細書（別紙3）

(5) 交付決定前着手届（様式第6号）

(6) 暴力団排除に関する誓約書

+

所要額が確認できる書類

（例：見積書、購入品目のカタログ写し等）

※領収書や納品書の場合は、

令和5年10月1日以降の日付と、宛名

が記載されたものが必要です。

5 書類作成の注意点

原則、県ホームページに掲載してあるExcelファイルから作成してください。

申請に必要な事項はすべて「入力シート」に入力します。

(1) 必須事項の記載

以下の太枠欄（黄色セル）に必要な事項を入力してください。

令和5年度群馬県外来対応医療機関（旧：診療・検査外来） Ver. 1001
設備整備事業費補助金（下期分） 入力項目一覧

(1) 基本情報

提出日		作成した日付をご記入ください。 (例：2023/5/8)
所在地（住所）		市町村名からご記入ください。 (例：前橋市中央町1-1-1)
医療機関名		(例：医療法人 くま病院)
代表者役職・氏名		役職と氏名をご記入ください。 (例：理事長・院長 夫手 一郎)
所属課課・担当者		役職と氏名をご記入ください。 (例：事務 野島 花子)
電話番号		固定電話・携帯電話いずれも可です。
メールアドレス		連絡のとれるメールアドレスがあれば、ご記入ください。

(2) 医療体制

医療従事者数		新型コロナウイルス感染症の診療に従事する職員数（医師、看護師等）
令和5年9月の疑い患者数		令和5年9月中に診察した疑い患者数をご記入ください。

(3) その他の補助金等

寄附金その他の収入額 ※あればご記入ください。		当該事業における他の収入がある場合はご記入ください。
----------------------------	--	----------------------------

(4) 着手予定期間

着手(予定)年月日		いつから着手されるかご記入ください。(例：2023/10/1)
完了予定年月日		いつまで着手されるかご記入ください。(例：2024/3/31)
事業実施月数（か月）	6	事業実施の月数を入力してください（初期値：6か月）
交付決定前着手を必要とする理由		(例：事業計画上、10月から患者を受け入れる必要があるため)

【申請書作成の注意事項】

交付申請

- 1 情報はシート名「入力シート」にすべて入力してください。申請書等へ自動で転記されます。
- 2 購入予定金額のわかる見積書（又はカタログ等）の写しをご提出ください。
※ 見積書内の数字を調整する必要がある場合は、修正場所が分かるように手書き等で記載いただきますようお願いいたします。

<注 意>法人化している場合は、必ず法人名称を記載してください。
【法人】医療法人〇〇 △△クリニック
【非法人】〇△内科クリニック

(2) 事業計画の記載

以下の太枠で示した部分に必要な事項を入力してください。

※納品予定日時、物品を必要とする理由を必ず入力してください。

(5) 事業計画

設備名	購入予定数量	税込単価	合計金額 (税込)	規格	納品予定日時
HEPAフィルター付き空気清浄機					
HEPAフィルター付きパーテーション					
個人防護具					
簡易ベッド					
簡易診療室及び付帯する備品					
	簡易診療室				
	付帯する備品				
物品を必要とする理由					
その他備考（県担当者への連絡があればご記入ください。）					

※納品予定日がわかれば、「〇月〇日」とご記入ください。
(又は、「〇月中旬」「〇月下旬」とご記入ください。)

① 購入予定数量 → 数字でご記入ください。(例：200)
② 税込単価 → 数字でご記入ください。(例：1,100)
③ 合計金額（税込） → 見積金額の合計をご記入ください。
④ 規格 → 型番や購入品目(マスク、ガウン等)をご記入ください。
⑤ 納品予定時期 → 納品の見込みについてご記入ください。
(例：令和5年6月ごろ)

← 当該物品を必要とする理由についてご記入ください。

← 事務担当者（県）に連絡したいことがあればご記入ください。

(3) 入力がすべて終了したら、「入力シート」の最下欄にチェックリストがありますので、

御確認の上、「交付申請書」から「暴力団排除に関する誓約書」までの計6枚を印刷し、

「所要額が確認できる資料（見積書等）」を同封の上、郵送をお願いします。

※郵送用のラベルを作成してありますので、ご活用ください。(以下太枠)

申請書作成

☑	項目
<input type="checkbox"/>	住所、医療機関名、代表者は記入してありますか。
<input type="checkbox"/>	医療従事者数、令和5年9月中の疑い患者数は記入してありますか。
<input type="checkbox"/>	着手予定期間（開始年月日、終了年月日）は記入してありますか。
<input type="checkbox"/>	交付前着手の理由は記入してありますか。
<input type="checkbox"/>	事業計画には、見積書やカタログに記載されている単価（総額）が記入してありますか。
<input type="checkbox"/>	物品を必要とする理由は記入してありますか。
<input type="checkbox"/>	令和2年度から令和5年度上期までにこの補助金により、補助を受けたことはありませんか。

郵送提出

☑	項目
<input type="checkbox"/>	申請書類はすべて封入されていますか。 （交付申請書、交付決定前着手届、暴力団排除誓約書）
<input type="checkbox"/>	別紙1～3はすべて封入されていますか。 （事業計画書、所要額調書、所要額明細書）
<input type="checkbox"/>	導入設備に係る見積書の写しやカタログの写しが添付されていますか。
<input type="checkbox"/>	宛先は「〒371-8570 前橋市大手町1-1-1 群馬県健康福祉部 感染症・がん疾病対策課 療養支援係」行となっていますか。

※質問などがありましたら、下記までご連絡ください。

質問フォーム：<https://forms.office.com/r/WKXEaiLrdn>

メールアドレス：gairai@pref.gunma.lg.jp

電話番号：027-226-2901（直通）



郵送用ラベル（切り離してご利用いただけます。）



6 補助対象品目及び基準額

対象経費（品目）	基準額	備考
HEPA フィルター付き空気清浄機 （陰圧対応可能なものに限る）	905,000 円／施設	HEPA フィルターを搭載し、診療室に装置を設置して簡易的なダクト工事を行うことで、既存の診療室を陰圧状態に切替できる装置を指します。 ※交換用フィルターは対象外です。
HEPA フィルター付き パーティション	205,000 円／台	交換用フィルターは対象外です。
簡易ベッド	51,400 円／台	
簡易診療室及び付帯する備品	実費相当額 （緊急的かつ一時的なものに限	※緊急的かつ一時的なものという趣旨から、リースを第一選択としてください。 屋外に設置するテントやプレハブなど簡易

	る)	な構造をもつものです。
--	----	-------------

※簡易診療室及び付帯する備品について

簡易診療室と一体的に整備する備品（エアコン、トイレ、洗面台など）は補助対象ですが、備品のみの申請は認められません。

7 留意事項

(1) 所要額の確認が可能な書類（見積書の写しやカタログ等の写し）について

領収証や納品書の写しを添付する場合は、令和5年10月1日以降に納品または工事が完了したことが確認でき、日付、宛名、但し書きが記載されているものとします。インターネットから印刷した領収証についても、宛名欄に医療機関名を記入してください。

(2) 補助金申請について

ア 本事業の目的は、新型コロナウイルス感染が疑われる発熱患者等の外来診療に必要な院内感染防止策に対して補助金を交付するものです。補助事業の目的を達成できない場合は、補助金の全部又は一部の返還を求めることがあります。

イ 本補助金の交付を受けようとする物品・設備について、国や県の他の補助金と重複して交付を受けることはできません。

8 その他

(1) 手書きでの申請を希望する場合

下記、問合せ先に御連絡ください。郵送又はFAXにて送付いたします。

問合せ先

群馬県 健康福祉部 感染症・がん疾病対策課

療養支援係 外来担当

電話 027-226-2901（直通）

メール gairai@pref.gunma.lg.jp