

# 大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金交付要綱

## (目的)

第1条 大阪府は、新型インフルエンザの患者の入院医療を提供するため、「大阪府新型インフルエンザ等協力医療機関整備要綱」に基づく入院協力医療機関として登録を行った医療機関(以下「入院協力医療機関」という。)において、新型インフルエンザ発生時に、入院患者に対する医療を提供する中で医療資材の不足が生じ、迅速かつ適切な医療ができなくなることを未然に防止するため、必要な医療資材についてあらかじめ整備し、医療体制の強化を図る医療機関に対し、大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金(以下「補助金」という。)を予算の範囲内において交付するものとし、その交付については、大阪府補助金交付規則(昭和45年大阪府規則第85号。以下「規則」という。)に定めるもののほか、この要綱の定めるところによる。

## (補助の対象)

第2条 この補助金の交付の対象となる設備は、次のとおりとする。

- (1)人工呼吸器及び付帯する備品
- (2)個人防護具(マスク、ゴーグル、ガウン、グローブ、キャップ、フェイスシールド)
- (3)簡易陰圧装置

2 前項に掲げる対象設備ごとの補助計画は、毎年度知事が定めるものとする。

3 この補助金の交付の対象となる医療機関は、入院協力医療機関とする。

## (交付額の算定方法)

第3条 この補助金の交付額は、次により算定された額の合計金額とする。

(1) 次の表の第1欄に定める基準額と第2欄に定める対象経費の実支出額を比較して少ない方の額と総事業費から当該事業に係る寄付金その他の収入額を控除した額とを比較して少ないほうの額を選定する。

(2) (1)により選定された額に第3欄に掲げる補助率を乗じて得た額を交付額とする。

ただし、算定された額に1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てるものとする。

なお、1医療機関あたりの補助額算定にあたっては、第4欄に掲げる上限額を超えないものとする。

1 基準額	2 対象経費	3 補助率 (負担割合)	4 上限額
次により算出された額の合計額 (1)人工呼吸器及び付帯備品 知事が必要と認めた額 ×1台	対象設備を購入するために必要な設備購入費(第6条(5)に掲げる処分制限期間に満たない設備の更新を除く)	3分の2	(1)人工呼吸器及び付帯備品 知事が必要と認めた額

(2) 個人防護具 3,600 円×知事が必要 と認めた人数分			(2) 個人防護具 792,000 円
(3) 簡易陰圧装置 4,320,000 円×知事が 必要と認めた台数			(3) 簡易陰圧装置 2,880,000 円

(整備計画)

第4条 新型インフルエンザ対策として補助対象物品を整備しようとする入院協力医療機関(以下「補助事業者」という。)は、整備しようとする年度の前年度の大阪府知事(以下「知事」という。)が定める期日までに、知事が定める書類を知事に提出しなければならない。

(補助金の交付の申請)

第5条 前条により提出した内容について知事の内示を受けた補助事業者は、規則第4条第1項の申請を別記様式第1号に、次に掲げる書類及び関係書類を添えて、知事が定める期日までに知事に提出することにより行わなければならない。

- (1) 要件確認申立書(様式第1号別紙3)
- (2) 暴力団等審査情報(様式第1号別紙4)
- (3) その他知事が必要と認める書類

2 ただし、前項(1)及び(2)の提出書類について、補助事業者が次の団体であるときは、提出を要さない。

- (1) 市町村
- (2) 独立行政法人または地方独立行政法人
- (3) 公益社団法人または公益財団法人
- (4) その他、知事が認めるもの

(補助の条件)

第6条 規則第6条第2項の規定により付する条件は、次のとおりとする。

- (1) 知事は、補助金の交付の目的を達成するため必要があるときは、補助事業者に対し報告または関係書類の提出を求め、又はその職員に実地に立ち入り、運営の状況若しくは帳簿、書類その他補助事業に関係のある物件を検査させ、若しくは関係者に質問させることができる。
- (2) 交付された補助金は、補助事業者の設備を購入するために必要な設備購入費に充当するものとする。
- (3) 人工呼吸器及び簡易陰圧装置の整備にあたっては、新型インフルエンザ発生までの間において、機能点検を行うなど、新型インフルエンザ発生時に、患者に対し即時使用できるよう、補助事業者において適切に管理すること。

なお、これらの機器についてはその機能を維持するため、平時より使用することを認めるものとするが、実際に患者に使用する際には、早期の抜管が見込まれる急性期管理に

限定し使用すること。

- (4) 個人防護具の整備にあたっては、補助事業者において適切に管理すること。
- (5) 本事業により取得した設備については、交付を受けた年度及び当該補助金名を明記しておかなければならない。

また、取得した日の翌日から起算して次の処分制限期間を経過するまで、知事の承認を受けずに、この補助金の交付の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け、担保に供し、取り壊し又は廃棄してはならない。併せて、入院協力医療機関としての登録を辞退することができない。やむを得ず辞退する場合は、大阪府に対し、別途知事が定める額を納付しなければならない。

設備名	処分制限期間
人工呼吸器及びその付帯備品	4年
個人防護具	5年 (ただし、メーカー指定の使用期限がある場合は、その期間)
簡易陰圧装置	15年

- (6) 知事の承認を受けて財産を処分することにより収入があった場合には、その収入の全部又は一部を返還しなければならない。

この場合、納付額の算定や納付方法等については原則、厚生労働省近畿厚生局における財産処分手続きに準じて行うものとする。

- (7) 本事業により取得した設備については、本事業の完了後においても善良な管理者の注意をもって管理するとともに、その効率的な運営を図らなければならない。
- (8) 補助事業者は、補助金と本事業に係る予算及び決算との関係を明らかにした調書を作成し、10年間(簡易陰圧装置にあつては、(5)に規定する処分期間を経過するまで)保管しておかなければならない。ただし、補助事業者が地方公共団体以外の場合は、本事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出について証拠書類を整理し、かつ当該帳簿及び証拠書類を同様の期間を経過するまで保管しておかなければならない。
- (9) この補助金に係る補助金の交付と対象経費を重複して、他の国庫補助金並びにお年玉付き郵便葉書等寄付金配分金、又は、公益財団法人 JKA 又は公益財団法人日本財団の補助金の交付を受けてはならない。
- (10) 本事業完了後に、消費税及び地方消費税の申告により補助金にかかる消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額が確定した場合には、別記様式第2号に關係書類を添えて速やかに知事に報告しなければならない。

なお、補助事業者が全国的に事業を展開する組織の一支部(又は一支社、一支所等)であつて、自ら消費税及び地方消費税の申告を行わず、本部(又は本社、本所等)で消費税及び地方消費税の申告を行っている場合は、本部の課税売上割合等の申告内容に基づき報告を行うこと。

また、知事は報告があつた場合には、当該消費税及び地方消費税に係る仕入控除額の全部又は一部を府に納付させることがある。

- (11) 本事業を行うために締結する契約については、一般競争入札に付するなど都道府県又は指定都市若しくは中核市が行う契約手続の取扱いに準拠しなければならない。

(12) 規則第6条第1項第2号の知事の定める軽微な変更は、補助金交付申請額の20%以内の減額変更とする。

(変更申請手続)

第7条 規則第6条第1項第1号又は第2号に規定する知事の承認の申請は、知事が定める期日までに別記様式第3号に関係書類を添えて知事に提出することにより行うものとする。

(実績報告)

第8条 規則第12条の規定による報告は、補助事業の完了した日の翌日から起算して30日以内又は翌年度の4月8日のいずれか早い日までに行うものとする。

2 前項の報告は、別記様式第4号に関係書類を添えて知事に提出することにより行うものとする。

(補助金の交付)

第9条 知事は、規則第13条の規定による補助金の額の確定の後、当該補助金を交付する。

(その他)

第10条 特別の事情により第3条、第4条、第5条及び第7条に定める算定方法及び手続によることができない場合には、あらかじめ知事の承認を受けてその定めるところによるものとする。

附 則

この要綱は、平成20年12月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成22年4月28日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年5月29日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年12月15日から施行する。

附 則

この要綱は、平成27年4月28日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年3月29日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年4月25日から施行する。

附 則

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月26日から施行する。

様式第1号（第5条関係）

大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金交付申請書

第 号  
年 月 日

大 阪 府 知 事 様

医療機関名

医療機関所在地 (二次医療圏名を併記)
開設者氏名(法人の場合は、 名称及び代表者の職氏名)
開設者住所(法人の場合は、 主たる事務所の所在地)

年度において大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金を次のとおり受けたいので、大阪府補助金交付規則第4条第1項の規定により申請します。

記

補助事業の目的及び内容	新型インフルエンザの入院患者を受け入れるために必要な医療資材の整備
補助事業の経費の配分	別紙、経費所要額明細書のとおり
補助事業の経費の使用方法	直接執行
交付を受けようとする補助金の額	円
関係書類	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 経費所要額内訳書(様式第1号別紙1)</li> <li>2. 経費所要額明細書(様式第1号別紙2)</li> <li>3. 当該事業に係る歳入歳出予算(見込)書の抄本 (非営利法人にあっては定款又は寄付行為及び収入支出予算書(見込)抄本) (当該補助事業の支出予定額を備考欄等に記入すること)</li> <li>4. 見積書</li> <li>5. カタログ等仕様のわかる書類</li> <li>6. 債権債務者登録申出書</li> <li>7. 要件確認申立書(様式第1号別紙3)</li> <li>8. 暴力団等審査情報(様式第1号別紙4)</li> <li>9. その他参考となる資料</li> </ol>

(様式第1号別紙1)

大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金・経費所要額内訳書

(医療機関名)

(単位:円)

区分	整備数量 (A)	総事業費 (B)	寄付金その他の 収入額 (C)	差引事業費 (B)-(C) =(D)	対象経費の実支 出予定額 (E)	基準額 (F)	選定額 (G)	府費補助基本額 (H)	府費補助所要額 (G)×補助率2/3 (I)
(1) 人工呼吸器	台		0	0			0		
(2) 個人防護具	延べ 人分 ( 人、 日分)		0	0			0		
(3) 簡易陰圧装置	台		0	0			0		
合計		0	0	0	0	0	0	0	0

(注)

F欄は、大阪府の基準額（交付要綱及び手引きを参照）を記入すること。

G欄は、E欄とF欄を比較して少ない方の額を記入すること。

I欄は、H欄の額に2/3を乗じて得た額を記入すること。ただし、1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てるものとする。

経費所要額明細書

(医療機関名)

(単位：円)

対象設備	形式及び規格	入数	数量	税込単価	購入予定価格 (税込総額)
人工呼吸器					0 (a)
個人防護具	人数分		延べ (人・日分)		
	マスク				0
	ゴーグル				0
	ガウン				0
	グローブ				0
	キャップ				0
	フェイスシールド*				0
	合計				0 (b)
簡易陰圧装置					0 (c)
合計((a)+(b)+(c))=総事業費					0

※単価欄・購入予定価格欄には税込額を記入すること。

※単価欄には購入する最小単位での価格を記入すること。ただし、見積書の記載が納入数量でなく個数あたりの単価となっている場合は、見積書の記載に準ずること。

※数量欄には購入する最小単位×購入数を記入し、入数欄に購入する最小単位での入数を記入すること。(例：マスク100枚入を10箱購入する場合、入数欄に100、数量欄に10と記入)

※個人防護具の人数分は、延べ〇〇人分(〇人・〇日分)と記入すること。

※簡易陰圧装置の整備を行う場合は、施設全体の平面図(設備の設置予定箇所をマーク)及び設備を設置する室の平面図を添付すること。

# 要件確認申立書

大阪府知事 様

私（当団体）は、大阪府補助金交付規則（以下「規則」という。）第4条第2項第3号の規定に基づき、大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金にかかる交付申請を行うにあたり、下記の内容について申立てます。

## 記

※各項目を確認し、はい・いいえのどちらかを○で囲んでください。

申 立 事 項		
1	暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第2号に規定する <b>暴力団</b> 、同法第2条第6号に規定する <b>暴力団員</b> 、大阪府暴力団排除条例第2条第4号に規定する <b>暴力団密接関係者</b> である。 ※「暴力団密接関係者」については、次の2～6も確認してください。	はい・いいえ
2	自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、 <b>暴力団</b> 又は <b>暴力団員</b> を利用するなどしている。	はい・いいえ
3	<b>暴力団</b> 又は <b>暴力団員</b> に対して、資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的あるいは積極的に <b>暴力団</b> の維持、運営に協力し、若しくは関与している。	はい・いいえ
4	<b>暴力団</b> 又は <b>暴力団員</b> であることを知りながらこれを不当に利用するなどしている。	はい・いいえ
5	<b>暴力団</b> 又は <b>暴力団員</b> と社会的に非難されるべき関係を有している。	はい・いいえ
6	（事業者においては、）次に掲げる者のうちに暴力団員又は上記2～5のいずれかに該当する者がいる。 ・事業者の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるか否かを問わず、当該事業者に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同様以上の支配力を有するものと認められる者を含む。） ・支配人、本店長、支店長、営業所長、事務所長その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、営業所、事務所その他の組織（以下「営業所等」という。）の業務を統括する者 ・営業所等において、部長、課長、支店次長、副支店長、副所長その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、それらと同様以上の職にあるものであって、事業の利益に重大な影響を及ぼす業務について、一切の裁判外の行為をする権限を有し、又は当該営業所等の業務を統括する者の権限を代行し得る地位にある者 ・事実上事業者の経営に参加していると認められる者	はい・いいえ
7	法人にあっては罰金の刑、個人にあっては禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又はその執行を受けることがなくなった日から1年を経過しない者である。	はい・いいえ
8	公正取引委員会から私的独占の禁止及び公正取引の確保に関する法律第49条に規定する排除措置命令又は同法第62条第1項に規定する納付命令を受け、その必要な措置が完了した日又はその納付が完了した日から1年を経過しない者である。	はい・いいえ
9	規則第2条第2号イ～ハまでのいずれかの該当の有無等に関して調査が必要となった場合には、大阪府が求める必要な情報又は資料を遅滞なく提出するとともに、その調査に協力し、調査の結果、該当することが判明した場合には、規則第15条に基づき、補助金の交付の決定の全部又は一部を取り消されても、何ら異議の申し立てを行いません。	はい・いいえ

10	間接補助事業者に当該補助事業の全部又は一部を行わせる場合には、当該間接補助事業者が上記各号のいずれかに該当することとなった場合又はいずれかに該当していたことが判明した場合にその旨を直ちに届出ます。	はい・いいえ
11	暴力団等審査情報を、大阪府暴力団排除条例第24条に基づき、大阪府警察本部に提供することに同意する。	はい・いいえ

※「1」～「8」で「はい」に「○」を付けた場合及び「9」～「11」で「いいえ」に「○」を付けた場合は、補助金の支給を受けることはできません。

年 月 日

住所（所在地）\_\_\_\_\_

名称（団体名）\_\_\_\_\_

氏名（代表者）\_\_\_\_\_

(様式第1号別紙4)

## 暴力団等審査情報

大阪府補助金交付規則（以下「規則」という。）第4条第2項第3号の規定に基づき、大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金に係る交付申請を行うにあたり、規則第2条第2号イに該当しないことを審査するため、本書面を提出するとともに、大阪府暴力団排除条例第24条に基づき、大阪府警察本部へ提供することに同意します。なお、役員の変更があった場合は、直ちに本様式をもって報告します。

	役員等氏名		生年月日(半角英数字)				⑦性別 (半角英字)	⑧法人名	⑨所在地(法人所在地)
	①カナ氏名(半角)	②漢字氏名	③元号	④年	⑤月	⑥日			
入力例	オオサカ 知ウ	大阪 太郎	S	25	01	10	M	法人名	法人所在地
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

※入力方法（必ずご確認ください）

- ①カナ氏名 半角カナを用い、姓と名の間に半角スペースを入力
- ②漢字氏名 全角漢字を用い、姓と名の間に全角スペースを入力
- ③元号 選択リストから選択してください（明治は「M」、大正は「T」、昭和は「S」、平成は「H」を選択）
- ④年 半角数字を用い、1年から9年については年の頭に「0」を付加（「01」～「09」）
- ⑤月 半角数字を用い、1月から9月については月の頭に「0」を付加（「01」～「09」）
- ⑥日 半角数字を用い、1日から9日については日の頭に「0」を付加（「01」～「09」）
- ⑦性別 選択リストから選択してください（男性は「M」、女性は「F」を選択）
- ⑧法人名 カナ氏名を入力すると、右下に入力した法人名が複写されます
- ⑨所在地 カナ氏名を入力すると、右下に入力した法人所在地が複写されます

年 月 日

※役員数に応じ、適宜行を追加してください。

⑨ 法人所在地 :

\*この様式は、紙様式の外、別途、電子データ（エクセル形式）でもご提出をお願いします。

⑧ 法人名 :

電子データ送付の際は、ファイル名に法人名を記載してください。  
(電子データ提出先)

代表者名 :

[kansenshotaisaku-g03@gbox.pref.osaka.lg](mailto:kansenshotaisaku-g03@gbox.pref.osaka.lg)

様式第2号（第6条関係）

大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金  
消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

第 号  
年 月 日

大阪府知事様

医療機関名

医療機関所在地 (二次医療圏名を併記)
開設者氏名(法人の場合は、 名称及び代表者の職氏名)
開設者住所(法人の場合は、 主たる事務所の所在地)

年 月 日 第 号により交付決定があった大阪府新型イン  
フルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金について、交付決定通知書により付さ  
れた条件に基づき、下記のとおり報告します。

記

1. 補助金等にかかる予算の執行の適正化に関する法律第15条に基づく額の確定額又  
は事業実績報告額

金 円

2. 消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税に係る仕入控除  
税額

(うち国庫返還相当額) 金 円

3. 関係書類

- (1) 仕入控除税額計算書(様式第2号別紙)
- (2) 課税売上割合がわかる書類(一般の消費税申告書に添付する付表2又はそれに  
代わるもの)
- (3) その他参考となる資料

消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額計算書

(単位はすべて円)

医療機関名			
医療機関所在地			
開設者氏名(法人の場合は、名称及び代表者の職氏名)			
開設者住所(法人の場合は、主たる事務所の所在地)			
補助金等の名称	大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金		
交付年度		確定額(報告額)	

特定収入額		
内訳		
合計		-

課税売上割合・控除対象仕入税額等の計算表(付表2)	課税資産の譲渡等の対価の額	
	非課税売上額	
	資産の譲渡等の対価の額(合計額)	-
	課税売上割合(%)	
	特定収入割合(%)	

1 返還が生じない場合

←該当する場合、ドロップダウンより選択してください。

- ①免税事業者であり、消費税等の申告義務がない
- ②簡易課税制度を適用し、みなし仕入率により仕入控除税額の計算を行っている
- ③特定収入割合が5%を超えており、仕入控除税額について調整計算を行っている

2 返還が生じる場合

←該当する場合、ドロップダウンより選択してください。

2 返還が生じる場合 に該当する場合、以下の①または②の表を記入

① 課税売上割合が95%未満の場合

(単位はすべて円)

要府補助金等返還相当額計算表			
特定収入割合(%)		課税売上割合(%)	
国庫補助金等確定(報告)額	-	府県市補助金等確定(報告)額	
消費税に係る仕入控除税額			
(うち、国庫返還相当額)			
地方消費税に係る仕入控除税額			
(うち、国庫返還相当額)			
合計(府返還相当額)			
(うち、国庫返還相当額)			

② 課税売上割合が95%以上の場合

(単位はすべて円)

要府補助金等返還相当額計算表			
特定収入割合(%)		課税売上割合(%)	
国庫補助金等確定(報告)額	-	府県市補助金等確定(報告)額	
消費税に係る仕入控除税額			
(うち、国庫返還相当額)			
地方消費税に係る仕入控除税額			
(うち、国庫返還相当額)			
合計(府返還相当額)			
(うち、国庫返還相当額)			

要府補助金等返還額	
(うち、国庫返還相当額)	

様式第3号（第7条関係）

大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金変更交付申請書

第 年 月 日 号

大阪府知事様

医療機関名

医療機関所在地 (二次医療圏名を併記)
開設者氏名(法人の場合は、 名称及び代表者の職氏名)
開設者住所(法人の場合は、 主たる事務所の所在地)

年度における大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金については、 年 月 日付け 第 号で交付決定を受けましたが、その後の事情の変更により、交付額を次のとおり変更されたく申請します。

1. 今回追加交付（一部取消）申請額	金	円
内訳		
既交付決定（内示）額	金	円
変更後所要額	金	円

2. 変更を必要とする理由

3. 関係書類

- (1) 経費所要額内訳書（様式第1号別紙1及び2に準じて作成すること。）
- (2) その他参考となる資料

様式第4号（第8条関係）

大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金実績報告書

第 年 月 日 号

大阪府知事様

医療機関名

医療機関所在地  
(二次医療圏名を併記)

開設者氏名(法人の場合は、  
名称及び代表者の職氏名)

開設者住所(法人の場合は、  
主たる事務所の所在地)

年 月 日付け 第 号で交付決定のあった 年度における大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金について、大阪府補助金交付規則第12条の規定により、その実績を関係書類を添えて報告します。

1. 精算金額 金 額 円

2. 関係書類

- (1) 経費精算額内訳書 様式第4号別紙1
- (2) 経費清算額明細書 様式第4号別紙2
- (3) 当該事業に係る歳入歳出決算(見込)書の抄本(非営利法人にあっては定款又は寄付行為及び収入支出決算(見込)抄本)  
(当該補助事業の決算額を備考欄等に記入すること)
- (4) 契約書(150万円を超えない契約については請書も可)
- (5) 納品書の写し
- (6) 検収調書の写し
- (7) 納品時に撮影した写真
- (8) 請求書等支払金額の確認できる書類の写し
- (9) その他参考となる書類

(様式第4号別紙1)

大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金・経費精算額内訳書

(医療機関名)

(単位:円)

区分	整備数量	総事業費	寄付金その他の 収入額	差引事業費 (B)-(C) (D)	対象経費の実支 出予定額 (E)	基 準 額 (F)	選 定 額 (G)	府費補助基本額 (H)	府費補助所要額 (G)×補助率2/3 (I)	交付決定額 (受入額) (J)	差引増減額 (J)-(I) (K)
	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I)	(J)	(K)
(1) 人工呼吸器	台			0			0				
(2) 個人防護具	延べ 人分 ( 人、 日分)			0			0				
(3) 簡易陰圧装置	台			0			0				
合 計		0	0	0	0	0	0	0	0		0

(注)

F欄は、大阪府の基準額（交付要綱及び手引きを参照）を記入すること。

G欄は、E欄とF欄を比較して少ない方の額を記入すること。

I欄は、Hの額に2/3を乗じて得た額を記入すること。ただし、1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てるものとする。

### 経費精算額明細書

(医療機関名)

(単位：円)

対象設備	形式及び規格	入数	数量	税込単価	購入価格 (税込総額)
人工呼吸器					0 (a)
個人防護具	人数分		延べ (人、日分)		
	マスク				0
	ゴーグル				0
	ガウン				0
	グローブ				0
	キャップ				0
	フェイスシールド*				0
	合計				0 (b)
簡易陰圧装置					0 (c)
合計((a)+(b)+(c))=総事業費					0

※単価欄・購入価格欄には税込額を記入すること。

※単価欄には購入する最小単位での価格を記入すること。ただし、見積書の記載が納入数量でなく個数あたりの単価となっている場合は、見積書の記載に準ずること。

※数量欄には購入する最小単位×購入数を記入し、入数欄に購入する最小単位での入数を記入すること。(例：マスク100枚入を10箱購入する場合、入数欄に100、数量欄に10と記入)

※個人防護具の人数分は、延べ〇〇人分(〇人・〇日分)と記入すること。