

# 松戸市新型コロナウイルス感染症患者

## 入院受入助成金の請求について

### 1 目的

新型コロナウイルス感染症患者の入院受入れを円滑に進めるとともに積極的に医療を提供してもらうことを促進することを目的としています。

### 2 事業対象期間

令和2年4月1日から、令和4年3月31日（ただし、令和3年度につきましては、予算の範囲内での助成となります。）

### 3 対象者

新型コロナウイルス感染症に感染した患者の入院を受け入れた市内に所在する医療機関

### 4 交付金額

- 重症患者（体外式膜型人工肺・人工呼吸器の使用）

500,000円

- 中等症患者（酸素吸入器の使用）

250,000円

- その他陽性者（軽症患者・無症状患者）

50,000円

### 5 申請方法、及び助成金交付の流れ

#### (1) 交付申請期日

事業実施の翌月の20日まで

例) 令和3年3月分・・・令和3年4月20日まで

※入院患者が退院後に請求をしてください。（例：2月19日入院、3月1日退院の場合は、3月分として申請）

※予算の範囲内での実施となりますので、他の医療機関との調整が必要のため、必ず期日内にご申請をお願いします。期日が過ぎますと、助成金が支払われない場合があります。

## (2) 交付申請について

入院受入助成金交付申請書（第 1 号様式）に以下の添付書類を添えて申請してください（郵送可）。

ア. 入院受入報告書（別紙 1）

イ. 請求の根拠となる書類（レセプトの写しなど、患者の傷病名・入退院日がわかるもの）。

※ 請求の根拠書類の右上には、当該書類に該当する入院受入報告書の患者番号の記載をして下さい。

※ 全ての添付書類について、患者の氏名・生年月日などの個人情報  
は必ず消して下さい。

※ 入院受入報告書の患者区分については、一番重かった症状で申請  
して下さい。

## (3) 交付請求

市が交付申請の内容の確認後、入院受入助成金支給決定通知書（第 2 号様式）を送付いたしますので、その内容に基づいて交付請求書（第 3 号様式）を提出して下さい（郵送可）。

## (4) 提出方法

原本を郵送または下記まで直接持参して下さい。

## (5) その他

予算の範囲内での実施となりますので、申請額が満額支払われない場合がございます。ご了承ください。

### 【問い合わせ先】

松戸市健康福祉部健康福祉政策課

〒271-8588 松戸市根本 387 番地の 5

電話 047-704-0055

FAX 047-704-0251

令和3年 4月 15日

(宛先) 松 戸 市 長

所 在 地 〒0000-0000

松戸市〇〇町〇〇番地〇丁目

事業者 名 称 〇〇法人〇〇病院

代表者職氏名 理事長 〇〇 〇〇 印

松戸市新型コロナウイルス感染症患者入院受入助成金交付申請書

松戸市新型コロナウイルス感染症患者入院受入助成金の交付を受けたいので、  
松戸市新型コロナウイルス感染症患者入院受入助成事業実施要綱第5条の規定に  
より、次のとおり申請します。

記

医療機関	名称	〇〇法人〇〇病院
	所在地	松戸市〇〇町〇〇番地〇丁目
申請額		3 月分 合計 2,250,000 円
入院期間中の一番重かった 症状及び人数		重 症 ( 1人) 中等症 ( 5人) 軽 症 (10人)
添付書類		・入院受入報告書 (別紙1) ・請求の根拠となる書類 ( 40 枚 16人分)

入院受入報告書 ( 3 月分)

患者番号	受入開始年月日	受入終了年月日	患者区分 (重症・中等症・軽症)
1	R 2. 2 .20	R 2. 3 .30	軽症
2	R2. 3. 3	R2. 3. 15	軽症
3	R2. 3. 5	R2. 3. 20	中等症
4	.		
5	.		
6	.		
7	.		
8	.		
9	.		
10	.		
11	.		
12			

※ 足りない場合、行を追加すること

※ 請求の根拠となる書類の右上に、当該書類に該当する入院患者報告書内の患者番号を記載すること

上記の記載内容に相違がないことを証明いたします。

令和3年4月15日

所在地 〒000-0000

松戸市〇〇町〇〇番地

事業者名称 〇〇法人〇〇病院

代表者職氏名 理事長 〇〇 〇〇 印

令和 3年 4月 26日

〇〇法人〇〇病院

理事長 〇〇 〇〇 様

松 戸 市 長 ④

松戸市新型コロナウイルス感染症患者入院受入助成金交付決定（申請却下） 通知書

令和 3年 4月 15日付けで申請のあった松戸市新型コロナウイルス感染症患者入院受入助成金の支給について、松戸市新型コロナウイルス感染症患者入院受入助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり決定したので、通知します。

記

1 交付決定額

金 2, 250, 000 円

2 申請却下

理由：

受理した申請書に基づき、松戸市からこちらの様式の交付決定  
（申請却下）通知書を送付します。

令和 3年 4月 30日

松 戸 市 長

所 在 地 〒0000-0000

松戸市〇〇町〇〇番地

事業者 名 称 〇〇法人〇〇病院

代表者職氏名 理事長 〇〇 〇〇 印

松戸市新型コロナウイルス感染症患者入院受入助成金交付請求書

令和3年4月26日付け松戸市指令第102号で決定のあった松戸市新型コロナウイルス感染症患者入院受入助成金の交付について、松戸市新型コロナウイルス感染症患者入院受入助成事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり請求します。

記

1 請求額 金 2,250,000 円

2 振込口座

金融機関	〇〇 銀行 信用組合 信用金庫 農協	〇〇 支店 出張所
預金種別	普通	・ 当座
口座番号	1234567890	
フリガナ	〇〇〇〇 〇〇〇〇	
口座名義人	〇〇 〇〇	

松戸市達第 号

令和 年 月 日

〇〇法人〇〇病院

理事長 〇〇 〇〇 様

松戸市長 ㊟

松戸市新型コロナウイルス感染症患者入院受入助成金交付決定取消通知書

令和 年 月 日付け松戸市指令第 号で決定した松戸市新型コロナウイルス感染症患者入院受入協力金の交付について、松戸市新型コロナウイルス感染症患者入院受入助成事業実施要綱第8条第1項の規定により、次のとおり当該交付の決定を取り消しましたので通知します。

記

1 取消年月日

年 月 日

2 理由 〇〇〇〇〇〇のため

交付決定の取り消しが決定した場合は、  
松戸市からこちらの様式を送付します。