

(記載方法・記載例)

紙申請用
様式第2号

施設類型	【B】	勤務あり	勤務なし
1 新型コロナウイルス感染症患者の入院受入を割り当てた医療機関	陽性患者入院以降、勤務実績あり	20万円	10万円
2 帰国者・接触者外来を設置する医療機関	陽性・疑い患者来院以降、勤務実績あり	20万円	10万円
3 地域外来・検査センター	陽性・疑い患者来院以降、勤務実績あり	20万円	10万円
4 宿泊療養受入施設での対応	軽症者等入所以降、勤務実績あり	20万円	—
5 自宅療養を行う場合の新型コロナウイルス感染症患者に対するフォローアップ	軽症者等に対する、勤務実績あり	20万円	—
6 1～5以外の病院及び診療所	陽性患者入院以降、勤務実績あり	20万円	5万円
7 訪問看護ステーション	陽性患者訪問日以降、勤務実績あり	20万円	5万円
8 助産所	陽性妊産婦患者入所以降、勤務実績あり	20万円	5万円

【医療機関→都道府県】給付対象内訳 新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金

合計申請額(円) ← 給付対象者の支給申請金額の合計額を記載して下さい。

都道府県が債

管理番号 1からの 自動連番	医療機関コード										申請する 医療機関等 名称	給付申請 金額	氏名 (漢字) 姓と名の間は空けてください。	フリガナ (カタカナ) 姓と名の間は空けてください。	生年月日 (令和〇年〇月〇日)	性別 男性 女性	【A】 起点日から 6/30までの期間 における 延べ 勤務日数	【B】 申請する 医療機関等 での コロナ患者受入 以降の 勤務実績(※) (有り/無し)	【C】 他医療機関等 での 勤務実績 (有り/無し)	委任状 徴収済	金融機関名	金融機関 コード	支店名	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0														
1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	〇年〇月〇日	男性	〇〇日	有り	有り	済				
2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	〇年〇月〇日	女性	〇〇日	有り	有り	済				
3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	〇年〇月〇日	男性	〇〇日	有り	有り	済				
4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	〇年〇月〇日	女性	〇〇日	有り	有り	済				
5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	〇年〇月〇日	男性	〇〇日	有り	有り	済				
6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	〇年〇月〇日	男性	〇〇日	有り	有り	済				
7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	〇年〇月〇日	男性	〇〇日	有り	有り	済				
8	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	〇年〇月〇日	男性	〇〇日	有り	有り	済				
9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	〇年〇月〇日	男性	〇〇日	無し	無し	済				
10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	〇年〇月〇日	男性	〇〇日	無し	無し	済				
11	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	〇年〇月〇日	男性	〇〇日	無し	無し	済				
12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	〇年〇月〇日	男性	〇〇日	無し	無し	済				
13	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	〇年〇月〇日	男性	〇〇日	無し	無し	済				
14	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	〇年〇月〇日	男性	〇〇日	無し	無し	済				
15	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	〇年〇月〇日	男性	〇〇日	無し	無し	済				
∫	∫										∫	∫	∫	∫	∫	∫	∫	∫	∫	∫	∫	∫	∫	∫
〇〇	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0000	000000	〇〇 〇〇	〇年〇月〇日	〇年〇月〇日	男性	〇〇日	無し	無し	済				

↑ 番号を1から連番で付して下さい。

↑ 医療機関コードを様式第1号から転記して下さい。

↑ 医療機関名称を様式第1号から転記してください。

↑ 給付対象者の慰労金の額を記載してください。

↑ 給付対象者の氏名(漢字)を記載してください。

↑ 給付対象者の氏名(カナ)を記載してください。

↑ 給付対象者の生年月日を記載してください。

↑ 給付対象者の性別を記載してください。

↑ 給付対象者の起点日から6月30日までの勤務日数(他の医療機関での勤務実績を含める)を記載してください。

↑ 給付対象者の起点日から6月30日までの勤務実績(※)を記載してください。

↑ 給付対象者が他の医療機関等での勤務実績(有り/無し)を記載してください。

↑ 給付対象者から委任状を徴収したら「済」を入力してください。

・様式第1号において、「国又は自治体が設置するの迅速な振込ができない医療機関である」に「はい」象者の慰労金の振込先口座を記入してください。

	【施設類型】 1～3	【施設類型】 4～5	【施設類型】 6～8
	1 新型コロナウイルス感染症患者の入院受入を割り当てた医療機関 2 帰国者・接触者外来を設置する医療機関 3 地域外来・検査センター	4 宿泊療養受入施設での対応 5 自宅療養を行う場合の新型コロナウイルス感染症患者に対するフォローアップ業務	6 1～5以外の病院及び診療所 7 訪問看護ステーション 8 助産所
	他医療機関等での、勤務実績あり (1番～3番)	他医療機関等での、勤務実績あり (4番～5番)	他医療機関等での、勤務実績あり (6番～8番)

主登録を行う際に必要な情報

支店番号 (店番)	預金種別 1:普通 2:当座 4:貯蓄	口座番号	口座名義 (カタカナ) 姓と名を空けてください	申請する施設 以外			申請する施設 以外			申請する施設 以外		
				医療機関等 名称 複数の場合は どこか、1か所	1番～3番の合算	【A】1～3 起点日から 6/30までの期間 における 延べ 勤務日数	【B】1～3 申請する 医療機関等 以外での コロナ患者受入 以降の 勤務実績(※) (有り/無し)	医療機関等 名称 複数の場合は どこか、1か所	4番～5番の合算	【A】4～5 起点日から 6/30までの期間 における 延べ 勤務日数	【B】4～5 申請する 医療機関等 以外での コロナ患者受入 以降の 勤務実績(※) (有り/無し)	医療機関等 名称 複数の場合は どこか、1か所
				〇〇〇〇	〇〇日	有り	〇〇〇〇	〇〇日	無し	〇〇〇〇	〇〇日	無し
				〇〇〇〇	〇〇日	有り	〇〇〇〇	〇〇日	無し	〇〇〇〇	〇〇日	無し
				〇〇〇〇	〇〇日	有り	〇〇〇〇	〇〇日	無し	〇〇〇〇	〇〇日	無し
				〇〇〇〇	〇〇日	有り	〇〇〇〇	〇〇日	無し	〇〇〇〇	〇〇日	無し
				〇〇〇〇	〇〇日	有り	〇〇〇〇	〇〇日	無し	〇〇〇〇	〇〇日	無し
				〇〇〇〇	〇〇日	有り	〇〇〇〇	〇〇日	無し	〇〇〇〇	〇〇日	無し
				〇〇〇〇	〇〇日	有り	〇〇〇〇	〇〇日	無し	〇〇〇〇	〇〇日	無し
				〇〇〇〇	〇〇日	有り	〇〇〇〇	〇〇日	無し	〇〇〇〇	〇〇日	無し
				〇〇〇〇	〇〇日	有り	〇〇〇〇	〇〇日	無し	〇〇〇〇	〇〇日	無し

医療機関等において制度上の問題により、医療従事者へ「有」を選択した場合、都道府県からの振込となるため、給付対

- ・他施設(施設類型1～3)で勤務実績が「有」の場合、「医療機関等名称(複数ある場合はどこか1つ)」「起点日から6月30日までの延べ勤務日数」「他施設(施設類型1～3)以外の場合でのコロナ患者受け入れ以降の勤務実績の有無(「有り」「無し」)を記載してください。
- ・他施設(施設類型4～5)で勤務実績が「有」の場合、「医療機関等名称(複数ある場合はどこか1つ)」「起点日から6月30日までの延べ勤務日数」「他施設(施設類型4～5)以外の場合でのコロナ患者受け入れ以降の勤務実績の有無(「有り」「無し」)を記載してください。
- ・他施設(施設類型6～8)で勤務実績が「有」の場合、「医療機関等名称(複数ある場合はどこか1つ)」「起点日から6月30日までの延べ勤務日数」「他施設(施設類型6～8)以外の場合でのコロナ患者受け入れ以降の勤務実績の有無(「有り」「無し」)を記載してください。