

福岡県新型コロナウイルス感染症院内感染発生医療機関支援事業費補助金申請に関するチェックシート

事業者名 **医療法人〇〇会 〇〇病院**

標記補助金の交付申請に当たり、貴院の実施計画が補助事業の趣旨に沿ったものかどうか、以下の項目を確認いただき、該当する場合は確認欄にチェックを入力してください。

なお、いずれかの項目に1つでも該当しない場合（チェックが入らない場合）は、補助金交付の対象外となります。

確認欄	対象要件	
<input checked="" type="checkbox"/>	対象経費と重複する他の補助金等の交付を受けていない。	
<input checked="" type="checkbox"/>	医療機関等情報支援システム（G-MIS）に病床の使用状況を確実に入力し、入院受入状況等を正確に把握している。	
<input checked="" type="checkbox"/>	病床確保料を申請する病床に、診療報酬は支払われていない(病床確保料と診療報酬の重複はない)。	
<input checked="" type="checkbox"/>	病床確保料を申請する病床に、一時的に看護師等が配置できず、新型コロナウイルス感染症患者の入院受入ができなかった病床は含まれていない（当該病床のための休止病床についても同様。）。	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	病床確保料を申請する病床は、以下のとおりである。 (以下①②のうち、該当する確認欄いずれかにチェック)
	確認欄	①・②
	①	<input checked="" type="checkbox"/> 病床確保料を申請する病床に療養病床は含まれていない。
	②	<input type="checkbox"/> 病床確保料を申請する病床に療養病床が含まれており、療養病床の単価を用いて算定している。 ※〔 〕内に該当する病床を記入 〔 〕