

関係機関 各位

那覇市医師会

会 長 友利博朗  
理 事 宮城政剛



令和 4 年度新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関等設備整備事業補助金に係る  
事業計画書(追加)の提出について

平素より医師会事業へのご支援ご協力賜り感謝申し上げます。

沖縄県医師会より「令和 4 年度新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関等設備整備事業補助金に係る事業計画書(追加)の提出について」の通知が届きましたのでご案内申し上げます。

別紙は当会ホームページにも掲載致しますので、お手数ですがダウンロードをお願いします。

☆ 問合せ先 (那覇市医師会 事務局：石垣・前泊 / 電話 098-868-7579)

.....記.....

沖医発第 982 号  
令和 4 年 10 月 4 日

地区医師会担当理事 殿

沖縄県医師会  
会長 安里哲好

令和 4 年度新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関等設備整備事業補助金に係る  
事業計画書(追加)の提出について

今般、沖縄県保健医療部から標記文書の発出がありましたのでご連絡致します。

沖縄県において、令和 4 年度新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関等設備整備事業補助金にかかる事業計画書(追加)の募集を行うとの事です。

なお、本件の対象となる事業は「新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関設備整備事業」、「帰国者・接触者外来設備整備事業」、「新型コロナウイルス感染症重点医療機関等設備整備事業」となっております。

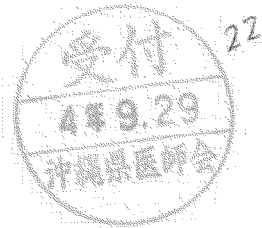
つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただきますとともに、貴管下関係医療機関等への周知方につきご高配を賜りますよう、よろしく願い申し上げます。

記

- 令和 4 年度新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関等設備整備事業補助金に係る事業計画書(追加)の提出について(依頼) (令和 4 年 9 月 27 日(保確第 565 号))

※関係文書は文書管理システムへ掲載致します。

沖縄県医師会事務局業務 2 課：高良、平良  
TEL：098-888-0087 FAX：098-888-0089  
g2@okinawa.med.or.jp



保 確 第 565号  
令和4年9月27日

沖縄県医師会長 殿

沖縄県保健医療部  
感染症医療確保課長  
(公印省略)

令和4年度新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関等設備整備事業  
補助金に係る事業計画書(追加)の提出について(依頼)

平素より、本県の医療行政にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。  
みだしのことについて、別紙のとおり令和4年度の事業計画(追加)を募集致します。  
つきましては、業務多忙な折恐縮ですが、貴管下医療機関に対するご案内につきまして、ご協力を賜りますようお願い致します。  
なお、重点医療機関等に対しては、当課から送付済であることを申し添えます。

記

- 1 対象事業(国庫事業名)
  - ・ 新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関設備整備事業
  - ・ 帰国者・接触者外来等設備整備事業
  - ・ 新型コロナウイルス感染症重点医療機関等設備整備事業
- 2 事業対象期間  
令和4年10月1日～令和5年3月31日
- 3 提出期限  
令和4年10月14日(金)

※提出様式等詳細は別紙をご参照下さい。

〒900-8570 那覇市泉崎1-2-2  
沖縄県保健医療部 感染症医療確保課  
医療体制確保班 仲里  
TEL : 098-866-2006 FAX : 098-861-2888  
E-mail : tasatoay@pref.okinawa.lg.jp

保 確 第 565 号  
令和 4 年 9 月 27 日

関係医療機関の長 殿

沖縄県保健医療部  
感染症医療確保課長  
(公印省略)

令和 4 年度新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関等設備整備事業  
補助金に係る事業計画書 (追加) の提出について (依頼)

みだしのことについて、令和 4 年度の事業計画 (追加) を募集しますので、事業実施を希望される場合は、下記によりご提出下さるようお願いいたします。

#### 記

#### 1 対象事業 (国庫事業名)

- ・ 新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関設備整備事業
- ・ 帰国者・接触者外来等設備整備事業
- ・ 新型コロナウイルス感染症重点医療機関等設備整備事業

#### 2 提出様式

- (1) 事業実施計画書 (各事業毎に作成)
- (2) 品名、数量、金額及び納品予定日が記載された見積書 (個人防護具を除く)
- (3) 製品概要がわかる資料 (カタログ等)

#### 3 提出方法

電子データをメールで提出して下さい。

#### 4 事業対象期間

令和 4 年 10 月 1 日～令和 5 年 3 月 31 日

#### 5 提出期限

令和 4 年 10 月 14 日 (金)

#### 6 留意事項

- (1) 新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関等設備整備事業補助金交付要綱 (沖縄県保健医療部)、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金 (医療分) 交付要綱及び実施要綱 (厚生労働省) 等を十分確認の上、ご作成願います。
- (2) 事業計画を審査の上、予算の範囲内において補助を実施します。今回の事業計画の提出をもって直ちに補助を決定するものではないため、ご留意願います。
- (3) 事業途中で計画内容を変更する場合は、別途、変更申請が必要となります。

〒900-8570 那覇市泉崎 1-2-2  
沖縄県保健医療部 感染症医療確保課  
医療体制確保班 仲里  
TEL : 098-866-2006 FAX : 098-861-2888  
E-mail : [tasatoay@pref.okinawa.lg.jp](mailto:tasatoay@pref.okinawa.lg.jp)

別紙1

事業実施計画書

設置主体（法人）名			
代表者 職・氏名			
医療機関名			
代表者 職・氏名			
担当部署		担当者名	
連絡先（TEL）		eメールアドレス	

1 整備概要

( )

2 事業区分

- 新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関設備整備事業
- 帰国者・接触者外来等設備整備事業
- 感染症検査機関等設備整備事業
- 新型コロナウイルス感染症重点医療機関等設備整備事業
- 救急・周産期・小児医療体制確保事業（設備整備等事業）

3 整備した設備の内容

別紙2「設備整備計画書」、別紙3「経費所要額内訳書」のとおり。

4 当該事業に係る寄付金その他の収入の有無

- 有（金額：                      円）       無

5 添付書類

- ・別紙2「設備整備計画書」
- ・別紙3「経費所要額内訳書」
- ・その他必要と認める書類（見積書、発注書、契約書等証憑類）

別添

設備整備計画書（個人防護具）

設備：個人防護具（個別購入分）	事業区分	0	施設名	0
-----------------	------	---	-----	---

1 対象経費の支出総額

形式、規格等	数量		単位	単価（税込）	金額	合計（A）	事業期間（開始～完了）					
	数						年	月	日			
マスク	1		式	0	0		4	10	1	5	3	31
ゴーグル	1		式	0	0							
ガウン	1		式	0	0							
グローブ	1		式	0	0							
キャップ	1		式	0	0							
フェイスシールド	1		式	0	0							
その他	1		式	0	0							

2 基準額

	数量		単価	金額	合計（B）
	数	単位			
個別購入	0	人分	3,600	0	0

2-2 基準額の考え方（何人分（延使用人数）の個人防護具が必要なのか、人数の算定式及び考え方を記載。任意様式でも可。）

--	--

設備整備計画書

事業区分		施設名 0													
対象設備	形式、規格等	数量	実支出額 (円)		基準額 (円)		選定額 (C)	事業期間 (開始-完了)				新規・更新	概要説明 (整備理由、使用用途、更新の場合には更新しなければならない理由等)		
			単価 (税込)	金額 (A)	単価 (税込)	金額 (B)		年	月	日	年			月	日
				0	0	0	0	0	4	10	1	5	3	31	
				0	0	0	0	0							
				0	0	0	0	0							
				0	0	0	0	0							
				0	0	0	0	0							
				0	0	0	0	0							
				0	0	0	0	0							
				0	0	0	0	0							
				0	0	0	0	0							
				0	0	0	0	0							
				0	0	0	0	0							
				0	0	0	0	0							
				0	0	0	0	0							

(注) 1 「事業期間」について、開始は契約や発注日、完了は納品日それぞれ記載すること。  
 2 「選定額 (C)」については、(A) と (B) のうち、低い額を記載すること。

## 経費所要額内訳書

事業区分 0		施設名 0			
設備名称	数量	実支出額 (別表2 (A) の合計)	基準額 (別表2 (B) の合計)	選定額 (別表2 (C) の合計)	備考
初度設備	0	0	0	0	
人工呼吸器及び付帯する備品	0	0	0	0	
個人防護具	0	0	0	0	
簡易陰圧装置	0	0	0	0	
簡易ベッド	0	0	0	0	
体外式膜型人工肺及び付帯する備品	0	0	0	0	
簡易病室及び付帯する備品	0	0	0	0	
HEPAフィルター付空気清浄機(陰圧対応可能なものに限る)(1施設当たり)	0	0	0	0	
HEPAフィルター付パーティション	0	0	0	0	
簡易診療室及び付帯する備品	0	0	0	0	
超音波画像診断装置	0	0	0	0	
血液浄化装置	0	0	0	0	
気管支鏡	0	0	0	0	
CT撮影装置等(画像診断支援プログラムを含む)	0	0	0	0	
生体情報モニタ	0	0	0	0	
分娩監視装置	0	0	0	0	
新生児モニタ	0	0	0	0	
消毒経費	0	0	0	0	
疑い患者の診療に要する備品(救急医療)(1施設当たり)	0	0	0	0	
疑い患者に使用する保育器(周産期医療又は小児医療)	0	0	0	0	
	0	0	0	0	
合計額		0	0	0	

(注) 1 「数量」については、知事が必要と認めた数を記入すること

2 「選定額」欄は、別紙2の「選定額」欄を合計した後、1,000円未満を切り捨てた額を記入すること