

神奈川県新型コロナウイルス感染症緊急包括支援補助金（医療分）

連絡票

1 医療機関等の区分（該当するものに○をつけてください。※複数回答可）

区分	○（複数可）	備考
神奈川モデル認定医療機関・高度医療機関		
神奈川モデル認定医療機関・重点医療機関		
神奈川モデル認定医療機関・協力病院A（認定要綱⑤）		
神奈川モデル認定医療機関・協力病院A（認定要綱①②）		
神奈川モデル認定医療機関・協力病院B		
神奈川モデルの精神科コロナ重点医療機関、周産期コロナ受入医療機関、小児コロナ受入医療機関、透析コロナ患者受入医療機関、在宅難病患者受入協力病院		
帰国者・接触者外来		
県が指定する発熱診療等医療機関		申請中も可
行政検査の契約を締結している医療機関・検査機関		
疑い患者を診療する医療機関として県に登録された救急医療・周産期医療・小児医療のいずれかを担う医療機関		
市町村		
その他		

2 補助金を申請する事業

※申請者の要件等については「別表1」をご確認ください。

事業区分	申請（○）
(1) 新型コロナウイルス感染症に関する相談窓口設置事業	
(2) 新型コロナウイルス感染症対策事業	
(3) 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	
(4) 帰国者・接触者外来等設備整備事業	
(5) 感染症検査機関等設備整備事業	
(6) 感染症対策専門家派遣等事業	
(7) 新型コロナウイルス重症患者を診療する医療従事者派遣体制確保事業	
(8) 新型コロナウイルス感染症重点医療機関体制整備事業	
(9) 疑い患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業	
(10) DMAT・DPAT等医療チーム派遣事業	
(11) 感染した医師等に代わる医師等派遣体制の確保事業	
(12) 感染により休業等となった医療機関等に対する継続・再開支援事業	
(13) 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	

3 概算払いの希望（どちらかに○）

概算払いを希望する	
概算払いを希望しない	

※発熱診療等医療機関で事業区分(4)のみを申請する場合は、概算払いは行いません。（概算払いが必要な場合はご相談ください。）

4 ご担当者連絡先

医療機関等名称	
ご所属・お名前	
連絡先電話番号	