

Excelで入力する場合、「1 申請総額」欄について、所要額調書の内容が自動的に転記されます。

別記第1号様式

記入例

令和〇年5月11日

東京都知事 殿

開設者が法人の場合は、主たる事務所の所在地（印鑑証明書記載の所在地）を記入してください。

開設者が個人の場合は、診療所等の所在地を記入してください。

所在地

新宿区西新宿2-8-1

施設名

医療法人社団都庁会

開設者職氏名

理事長 大江戸 太郎 印

在宅人工呼吸器使用難病患者非常用電源設備整備事業補助金交付申請書

標記について、下記により補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

記

1 申請総額 金 512,000 円

2 所要額調書（別紙1）

3 交付基本額内訳書（別紙2）

4 個別申請調書（3通）

5 添付資料

(1) 印鑑証明書

(2) その他参考となる資料

「所要額調書」の（H）「所要額」欄の金額を記入してください。

※Excelで作成する場合は自動的に入力されます

※1000円未満の端数は切り捨てです。

開設者が法人の場合は、代表者印（印鑑証明登録印）を使用してください。

開設者が個人の場合は、開設者の印鑑証明書登録印を使用してください。なお、この際、あわせて、診療所等の「開設届（医療機関名・住所及び開設者氏名がわかるページの写し）」を提出してください。

Excelで入力する場合、交付基本額内訳書に入力した内容が、(B)欄以外、自動的に転記されます

別紙2「内訳書」の「対象経費実支出額」の合計欄の金額を記入してください。

記入例

別紙1

所要額調書

別紙2「内訳書」の「個別選定額」の合計欄の金額を記入してください。

施設名	総事業費 (A)	寄付金その他の収入額 (B)	差引事業費 (C)	対象経費実支出額合計 (D)	個別基本額合計 (E)	交付基本額 (F)	補助率 (G)	所要額 (H)	備考
	円	円	円	円	円	円		円	
大江戸クリニック 対象患者数 (3 名)	528,850	0	528,850	528,850	512,100	512,100	10/10	512,000	

(D)欄と
同じ金額

- (注) 1 「差引事業費」の欄は、「総事業費」から「寄付金その他の収入額」を差し引いた額を記載すること。
2 「対象経費実支出額合計」の欄は、別紙2の「対象経費実支出額」の合計額を記載すること。
3 「個別基本額合計」の欄は、別紙2の「個別基本額」の合計額を記載すること。
4 「交付基本額」の欄は、「差引事業費」と「個別基本額合計」とを比較して、低い方の額を記載すること。
5 「所要額」の欄は、「交付基本額」に補助率を乗じた額を記載すること。(千円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額を記載すること。)

(F)欄について
1000円未満切捨て

(C)と(E)を比較して少ない方

別紙1号様式「申請
総額」の欄に記入

記入例

「個別申請調書」の
購入予定品目ごとの
購入予定額を記入

別紙2

交付基本額内訳書

(その1)

「要綱」に定められた品目
ごとの基準額
自家用発電機：212,000円
無停電電源装置：41,100円
蓄電池：104,000円

患者ごとに
分けて作成

		基準額 (品目別)	対象経費 実支出額 (品目別)	個別 選定額 (品目別)	備考
		円	円	円	
東京 一郎	自家発電装置	212,000	173,250	173,250	
	無停電電源装置	41,100	20,500	20,500	
	(小 計)	—	—	193,750	個別基本額
北町 花子	自家発電装置	212,000	173,250	173,250	
	無停電電源装置	41,100	52,950	41,100	
	(小 計)	—	—	214,350	個別基本額
南町 月子	蓄電池	104,000	108,900	104,000	
	(小 計)	—	—	104,000	個別基本額
(合 計)		—	528,850	512,100	

少ない方の額を記入

- (注) 1 「品目」欄には、自家発電装置、無停電電源装置、蓄電池のいずれかを記載すること。
2 患者別に品目ごとの「基準額」と「対象経費実支出額」とを比較し、低い方の額を「個別選定額」の欄に記載すること。
3 患者別の「個別選定額」の小計を「個別基本額」として記載すること。
4 「対象経費実支出額」及び「個別基本額」の合計を合計欄に記載すること。
5 対象患者が多い場合は、複数葉に個別基本額を記載し、最終葉に交付基本額を記載すること。

個別基本額の
合計額を記入

「対象経費実支出額」
欄の合計額を記入

別紙1「所要額調書」

別紙1「所要額調書」

個別申請調書

(患者別に作成)

記入例
(蓄電池を申請)

No. 3

医療機関名	主治医氏名
大江戸クリニック	大江戸 太郎
在宅療養指導管理料等の算定	
☒ 在宅人工呼吸指導管理料 ☒ 人工呼吸器加算 (在宅指導管理材料加算)	
☐ その他 ()	

患者氏名	住所	電話番号
南 町 月 子	中野区中野坂上 6-5-4-321	03-5321-0000
患者の主たる疾患名		主たる介護者 (患者との続柄等)
筋萎縮性側索硬化症		南 町 花 子 (長女)
本件申請について同意します。 令和〇年5月8日		署名 南 町 花 子
同意欄の記載は必須です。		
*申請 (本調書内容) についての区市町村への情報提供 (☒ 可 ☐ 不可)		
利用している訪問看護ステーション		緊急時の一時受入対応医療機関
〔名 称〕 淀橋前 訪問看護ステーション		〔名 称〕 大江戸共済病院
〔所在地〕 新宿区西新宿 2-8-1		〔所在地〕 新宿区西新宿 2-8-1

* 区市町村への情報提供は、在宅療養患者の安全確保等を目的として関係部署に対して行うものです。

機器メーカー担当者にご確認ください。

人工呼吸器の機種・型番			
TOKYO ベンチレータ RES-2000			
内蔵バッテリー 有無/内蔵バッテリーの持続時間		外付バッテリー (着脱式バッテリー) 有無/台数/外付バッテリー1台当たりの持続時間	
☒ 有・無	1.5 時間	☒ 有・無	2 台 2 時間

※ 人工呼吸器取扱事業者を確認する等により、正確に記入してください。

今お持ちの外付バッテリーの情報を記載ください。
(診療報酬で給付されたものを含む。)

《購入予定品目》 ※ 申請に当たっては安全性について人工呼吸器取扱事業者と十分にご相談ください。

自家発電装置 (品名・型番)	購入予定価格 (円)	備 考
無停電電源装置 (品名・型番)	購入予定価格 (円)	備 考
蓄電池 (品名・型番)	購入予定価格 (円)	備 考
TOKYO battery B-123	108,900	☒ 定格出力300W以上である 電池容量 (1,000 Wh)

※ 外付バッテリーの場合は備考欄のチェックは不要です。

税込額で記載してください。

個別申請調書

(患者別に作成)

記入例
(自家発電装置を申請)

No. 1

医療機関名	主治医氏名
大江戸クリニック	大江戸 太郎
在宅療養指導管理料等の算定	
☒ 在宅人工呼吸指導管理料 ☒ 人工呼吸器加算 (在宅指導管理材料加算)	
☐ その他 ()	

患者氏名	住所	電話番号
東京 一郎	中野区中野坂上1-2-3-405	03-5321-1111
患者の主たる疾患名		主たる介護者 (患者との続柄等)
筋萎縮性側索硬化症		東京 太郎 (長男)
本件申請について同意します。 令和〇年5月7日		署名 東京 太郎
同意欄の記載は必須です。		
*申請 (本調書内容) についての区市町村への情報提供 (☒ 可 ☐ 不可)		
利用している訪問看護ステーション		緊急時の一時受入対応医療機関
[名称] 淀橋前 訪問看護ステーション		[名称] 大江戸共済病院
[所在地] 新宿区西新宿2-8-1		[所在地] 新宿区西新宿2-8-1

* 区市町村への情報提供は、在宅療養患者の安全確保等を目的として関係部署に対して行うものです。

機器メーカー担当者にご確認ください。

人工呼吸器の機種・型番			
TOKYO ベンチレータ RES-1000			
内蔵バッテリー 有無/内蔵バッテリーの持続時間		外付バッテリー (着脱式バッテリー) 有無/台数/外付バッテリー1台当たりの持続時間	
有 ☒ 無	時間	☒ 有 ・ 無	2 台 2 時間

※ 人工呼吸器取扱事業者を確認する等により、正確に記入してください。

今お持ちの外付バッテリーの情報を記載ください。
(診療報酬で給付されたものを含む。)

《購入予定品目》 ※ 申請に当たっては必ず事前に人工呼吸器取扱事業者と十分にご相談ください。

自家発電装置 (品名・型番)	購入予定価格 (円)	備考
TOKYO 発電機 EU-000	173,250	
無停電電源装置 (品名・型番)	購入予定価格 (円)	備考
TOKYO UPS 001	20,500	
蓄電池 (品名・型番)	購入予定価格 (円)	備考
		☐ 定格出力300W以上である 電池容量 (Wh)

※ 外付バッテリーの場合は備考欄のチェックは不要です。

税込額で記載してください。

記入例
(前年度以前に在宅療養開始の場合)

申請理由書

対象患者氏名	南 町 月 子		
疾病名	筋萎縮性側索硬化症		
当年度以前に在宅療養開始した方は、 2その他の理由 の欄も必ず記載してください。			
1 新規患者（在宅人工呼吸療法の開始）			
	在宅人工呼吸療法開始日	令和1年9月20日	
	診療報酬（※）算定開始月	令和1年9月	（※在宅人工呼吸指導管理料等）
	（備 考）		
2 その他の理由（特別な事情等） ※1 新規患者は、以下の記載は必要ありません。			
	本事業の利用の有無	☐ 有り（ 年度） ☒ 無し	
	今回の申請理由	当てはまる理由を選んでください。 右の中に無い場合は、その他を選び、下の欄に詳細を記載ください。 ☐本事業により調達した物品が耐用年数を経過し、買い替えが必要であるため ☐マンションに住んでいる等により、自家発電装置を使うことが困難であり、これまで本補助金を利用できなかったため ☐災害時個別支援計画を作成し、災害時の備えが必要であることに気づいたため ☒常時人工呼吸器を使用するようになったため ☐これまで本事業を知らなかったため ☐その他（以下に詳細を記載ください）	
※事前に都担当に連絡し適否について確認すること。			

（注）該当する理由の項目の数字に○をつけ、当該項目の欄を記入すること。

記入例

(当年度在宅療養開始の場合)

申請理由書

対象患者氏名	東京 一郎	
疾病名	筋萎縮性側索硬化症	
1 新規患者（在宅人工呼吸療法の開始）		
	在宅人工呼吸療法開始日	令和〇年4月1日
	診療報酬（※）算定開始月	令和〇年4月（※在宅人工呼吸指導管理料等）
	（備考）	大江戸病院から退院、在宅療養に移行
2 その他の理由（特別な事情等） ※1 新規患者は、以下の記載は必要ありません。		
	本事業の利用の有無	☐ 有り（ 年度） ☐ 無し
	今回の申請理由	☐本事業により調達した物品が耐用年数を経過し、買い替えが必要であるため ☐マンションに住んでいる等により、自家発電装置を使うことが困難であり、これまで本補助金を利用できなかったため ☐災害時個別支援計画を作成し、災害時の備えが必要であることに気づいたため ☐常時人工呼吸器を使用するようになったため ☐これまで本事業を知らなかったため ☐その他（以下に詳細を記載ください）
	※事前に都担当に連絡し適否について確認すること。	

（注）該当する理由の項目の数字に○をつけ、当該項目の欄を記入すること。