

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

大江戸クリニック  
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  
※1,000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。

※Jグランツによる申請の場合は、押印及び印鑑証明書は省略可

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1

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

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	

$= (A) - (B)$

(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  
1,000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  
(自家発電装置と  
無停電電源装置を申請)

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	
<input checked="" type="checkbox"/> 在宅人工呼吸指導管理料 <input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器加算 (在宅指導管理材料加算) <input type="checkbox"/> 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 ( <input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 無    時間	<input checked="" type="radio"/> 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》 ※ 申請に当たってはお問い合わせください。

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
		<input type="checkbox"/> 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。

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	
<input checked="" type="checkbox"/> 在宅人工呼吸指導管理料 <input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器加算 (在宅指導管理材料加算) <input type="checkbox"/> 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 <u>南町 花子</u>		
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 ( <input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 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	
<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	1.5 時間	<input checked="" type="checkbox"/> 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、  
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	<input checked="" type="checkbox"/> 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。

**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  
交付申請時チェックリスト**

※色マスに記入又はチェックしてください。

施設名 **大江戸クリニック**

<b>【共通】</b>	
(1) 「交付申請書(別記第1号様式)」	
① 所在地、施設名、開設者職氏名は法人(個人経営者は医療機関)のものとなっている	<input checked="" type="checkbox"/>
② 「印鑑証明書」(個人経営者は「印鑑登録証明書」)の印を使用している※Jグランツ申請は省略可	<input checked="" type="checkbox"/>
③ 「申請総額」は千円未満の端数を切り捨てた額になっている	<input checked="" type="checkbox"/>
(2) 「個別申請調書」の署名欄及び保健所への情報提供可否欄に記載がある	<input checked="" type="checkbox"/>
(3) 「印鑑証明書」(個人経営者は「印鑑登録証明書」)を添付している※Jグランツ申請は省略可	<input checked="" type="checkbox"/>
(4) 「見積書」を添付している(商品紹介ページの印刷等不可)	<input checked="" type="checkbox"/>
(5) 本体の購入額のみを申請している(送料・付属品購入費等は自己負担)	<input checked="" type="checkbox"/>

<b>【患者1】</b>	
患者氏名 ( <b>東京 一郎</b> ) ※2人目以降は別紙を利用	
(1) 今年度4月1日以降に在宅療養を開始した方か	
今年度	今年度4月1日以降に在宅療養を開始している <input type="checkbox"/>
過年度	今年度より前に在宅療養を開始した方の申請理由
	① 耐用年数超過による再申請である ( 年度申請 ) <input type="checkbox"/>
	② 常時人工呼吸器を使用するようになったため <input checked="" type="checkbox"/>
	③ その他 ( ) <input type="checkbox"/>
(2) 区市町村(患者居住地)が実施する他の制度において対象物品を取得可能でないか ※他の制度で対象物品を取得可能な方は対象外 ※制度の有無や対象かどうか不明な場合は、事前にお電話ください。	
無	区市町村に同様の制度がない <input checked="" type="checkbox"/>
有	区市町村に同様の制度がある場合の申請理由
	① 希望品目(蓄電池、自家発電装置等)の取扱いがない → 「申請理由書」要作成※ ※「申請理由書(任意様式)」には、㊦「区市町村の制度を未申請なこと」㊧「区市町村の制度に希望品目(蓄電池、自家発電装置等)がないこと」㊨「その品目を希望する理由」を記載 <input type="checkbox"/>
	② 所得制限に該当している <input type="checkbox"/>
	③ その他 ( ) <input type="checkbox"/>
(3) 難病を理由に常時人工呼吸器を使用しているか、証明書類はあるか	
① 難病に起因して人工呼吸器を使用している <input checked="" type="checkbox"/>	
難病医療受給者証・医療券の有無	有 有効期限内のものである <input checked="" type="checkbox"/>
	無 診断書、臨床調査個人票(写)又は登録者証(写)のいずれかを添付している ※診断書の場合は、㊦「難病の疾病名」㊧「告示番号」㊨「難病を理由に人工呼吸器を常時利用していること」を記載 ※臨床調査個人票の場合は、6か月以内に発行されたもの <input type="checkbox"/>
② 常時人工呼吸器を使用している <input checked="" type="checkbox"/>	
(4) 診療報酬において「在宅人工呼吸指導管理料」を算定している <input checked="" type="checkbox"/>	
※「在宅ハイフローセラピー」、「在宅酸素療法」又は睡眠時無呼吸症候群の患者への「在宅持続陽圧呼吸療法」等の指導管理料を算定している方は対象外	

施設名 大江戸クリニック

【患者 2】 患者氏名 (北町 花子)	
(1) 今年度4月1日以降に在宅療養を開始した方か	
今年度	今年度4月1日以降に在宅療養を開始している <input type="checkbox"/>
過年度	今年度より前に在宅療養を開始した方の申請理由
	① 耐用年数超過による再申請である (平成28年度申請) <input checked="" type="checkbox"/>
	② 常時人工呼吸器を使用するようになったため <input type="checkbox"/>
	③ その他 ( ) <input type="checkbox"/>
(2) 区市町村(患者居住地)が実施する他の制度において対象物品を取得可能でないか ※他の制度で対象物品を取得可能な方は対象外 ※制度の有無や対象かどうか不明な場合は、事前にお電話ください。	
無	区市町村に同様の制度がない <input type="checkbox"/>
有	区市町村に同様の制度がある場合の申請理由
	① 希望品目(蓄電池、自家発電装置等)の取扱いがない → 「申請理由書」要作成※ ※「申請理由書(任意様式)」には、㉞「区市町村の制度を未申請なこと」㉟「区市町村の制度に希望品目(蓄電池、自家発電装置等)がないこと」㊱「その品目を希望する理由」を記載 <input type="checkbox"/>
	② 所得制限に該当している <input type="checkbox"/>
	③ その他 (難病患者は対象外のため) <input checked="" type="checkbox"/>
(3) 難病を理由に常時人工呼吸器を使用しているか、証明書類はあるか	
① 難病に起因して人工呼吸器を使用している <input checked="" type="checkbox"/>	
難病医療受給者証・医療券の有無	有 有効期限内のものである <input type="checkbox"/>
	無 診断書、臨床調査個人票(写)又は登録者証(写)のいずれかを添付している ※診断書の場合は、㉞「難病の疾病名」㉟「告示番号」㊱「難病を理由に人工呼吸器を常時利用していること」を記載 ※臨床調査個人票の場合は、6か月以内に発行されたもの <input checked="" type="checkbox"/>
② 常時人工呼吸器を使用している <input checked="" type="checkbox"/>	
(4) 「在宅人工呼吸指導管理料」を算定している <input checked="" type="checkbox"/>	
※「在宅ハイフローセラピー」、「在宅酸素療法」又は睡眠時無呼吸症候群の患者への「在宅持続陽圧呼吸療法」等の指導管理料を算定している方は対象外	