

年 月 日

(宛先) 川崎市長

補助対象事業者等所在地 川崎市〇〇区〇〇
補助対象事業者等名称 〇〇医院
代表者職氏名 〇〇 〇〇 印
(事務担当者) △△ △△
電 話 〇 4 4 - * * * - * * * *

川崎市新型コロナウイルスワクチン接種体制確保事業負担金等交付申請書

標記補助金について、交付要綱第9条に基づき、下記のとおり申請します。

1 補助金交付申請額

交付申請額 金 600,000 円

(超低温冷凍庫等導入支援金)

購入する前までに申請してください。
交付決定前に購入する場合は事前着手届(第6号様式)を併せて提出してください。

2 購入予定の超低温冷凍庫等のメーカー名・型番

例: phcbi MDF-C8V1、日本フリーザー CVF-78HC、
EBAC UD-80W74NF、カノウ冷機 LAB8s など

3 添付資料

事業実施計画書及び支出予定額内訳書(第2号様式)
その他参考となる資料

購入予定のディープフリーザーのメーカー・型番を記入してください。

注1 法人にあつては、主たる川崎市内の医療機関の所在地、名称及び代表者の氏名を記入してください。

超低温冷凍庫等導入支援金の対象となるディープフリーザー等を購入する前に提出してください。併せて事前着手届(第6号様式)を提出してください。
ディープフリーザー(零下75度対応機)、低温冷凍庫(零下15~25度対応機)どちらにも支援金は適用されますが、1医療機関あたり1台分の実費精算となりますので、貴医療機関の接種計画等を考慮のうえ、機種を選定してください。電源等の整備工事費、据付費も対象となりますので、領収書を保管してください。(後日、実績報告とともに提出が必要です。)

第6号様式

年 月 日

(宛先) 川崎市長

補助対象事業者等所在地	川崎市〇〇区〇〇
補助対象事業者等名称	〇〇医院
代表者職氏名	〇〇 〇〇 印
(事務担当者)	△△ △△
電話	044-****-*****

事前着手届

令和3年度川崎市新型コロナウイルスワクチン接種体制確保事業について、次のとおり着手することとしたいので届け出ます。

1 補助事業の名称

川崎市新型コロナウイルスワクチン接種体制確保事業

2 事業の所在地

川崎市〇〇区〇〇 ほか

医療機関の所在地を記載してください。

3 補助事業の内容

超低温冷凍庫（零下60～90度対応機に限る）又は低温冷凍庫（零下15～25度対応機に限る）の調達、整備工事及び据付費等の導入に関する経費に充てる。

4 事業着手（開始）年月日

年 月 日

購入する前の日付で提出してください。

5 事前に着手する理由

- （1）新型コロナウイルスワクチンを1週間当たり60回以上の接種の実施に係る体制を確保する事業である。
- （2）令和3年度においては、新型コロナウイルスワクチン及び超低温冷凍庫等の市場への供給量が不安定であり、交付決定の遅れにより事業を着手できない期間が生じると、超低温冷凍庫等が調達できなくなるため、着手することとしたい。

第2号様式 事業実施計画書及び支出予定額内訳書

事業計画・支出予定額の内訳

1週間当たり60回以上の接種回数=240回/月を記載してください。(プルダウンから選択できます。)

実施月	事業概要	負担金及び補助金の対象経費算出内訳		負担金及び補助金の対象経費合計
		ワクチンの接種に係る体制を確保する協力医療機関が時間外診療の延長、ワクチン管理、人員や物資の確保等に関する経費	超低温冷凍庫(零下75度対応機に限る)又は低温冷凍庫(零下15~25度対応機に限る)の調達、整備工事及び据付費等の導入に関する経費	
4月分	ワクチンの接種 240回、体制の確保、時間外診療の延長、ワクチン管理、人員や物資の確保等	150,000円	円	150,000円
5月分	ワクチンの接種 240回、体制の確保、時間外診療の延長、ワクチン管理、人員や物資の確保等 超低温冷凍庫の調達(メーカー名、型番)、整備工事、据置費等	150,000円	600,000円	750,000円
6月分	ワクチンの接種 240回、体制の確保、時間外診療の延長、ワクチン管理、人員や物資の確保等	150,000円		
7月分	ワクチンの接種 240回、体制の確保、時間外診療の延長、ワクチン管理、人員や物資の確保等	150,000円		150,000円
8月分	ワクチンの接種 240回、体制の確保、時間外診療の延長、ワクチン管理、人員や物資の確保等	150,000円		150,000円
9月分	ワクチンの接種 240回、体制の確保、時間外診療の延長、ワクチン管理、人員や物資の確保等	150,000円		150,000円
上半期計		900,000円	600,000円	1,500,000円
10月分	ワクチンの接種 240回、体制の確保、時間外診療の延長、ワクチン管理、人員や物資の確保等	150,000円		150,000円
11月分	ワクチンの接種 240回、体制の確保、時間外診療の延長、ワクチン管理、人員や物資の確保等	150,000円		150,000円
12月分	ワクチンの接種 240回、体制の確保、時間外診療の延長、ワクチン管理、人員や物資の確保等	150,000円		150,000円
1月分	ワクチンの接種 240回、体制の確保、時間外診療の延長、ワクチン管理、人員や物資の確保等	150,000円		150,000円
2月分	ワクチンの接種 240回、体制の確保、時間外診療の延長、ワクチン管理、人員や物資の確保等	150,000円		150,000円
3月分	ワクチンの接種 240回、体制の確保、時間外診療の延長、ワクチン管理、人員や物資の確保等	150,000円		150,000円
下半期計		900,000円	円	900,000円
合計		1,800,000円	600,000円	2,400,000円

150,000円を記入してください。

600,000円を記入してください。(完了報告時に領収書等の金額で実費精算します。)

ディープフリーザーを購入する月は、メーカー名、型番を記入してください。

本様式は負担金申請を行う際に必要な収支計算書の代わりに作成するものです。月ごとの対象経費算出内訳の欄は記載例を参考に負担金承認申請書(第1号様式)及び負担金等交付申請書(第4号様式)で申請する金額以上の額を記載してください。