

魚津市告示第205号

魚津市新型コロナウイルスワクチン接種医療従事者派遣事業費補助金交付要綱を次のように定める。

令和3年9月14日

魚津市長 村椿 晃

魚津市新型コロナウイルスワクチン接種医療従事者派遣事業費  
補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、魚津市補助金等交付規則（平成2年魚津市規則第6号）第21条の規定に基づき、魚津市新型コロナウイルスワクチン接種医療従事者派遣事業費補助金（以下「補助金」という。）の交付に関して必要な事項を定めるものとする。

(補助金の交付)

第2条 市長は、新型コロナウイルス感染症に係るワクチンの接種（以下「ワクチン接種」という。）の接種体制を強化するため、令和3年4月1日から令和3年12月4日までの間、医療機関が時間外・休日に実施するワクチン接種を行う集団接種会場への医療従事者派遣（以下「補助事業」という。）に要する経費に対して、補助金を交付するものとする。

(補助金の交付額)

第3条 補助金の交付額は、別表に定める基準額と対象経費の支出額とを比較して少ない方の額とする。ただし、算出された額に1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てるものとする。

(補助金の交付申請)

第4条 補助金の交付の申請をしようとする者（以下「補助事業者」という。）は、市長が別に定める日までに、魚津市新型コロナウイルスワクチン接種医療従事者派遣事業費補助金交付申請書（様式第1号）に次に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。

(1) 魚津市新型コロナウイルスワクチン接種医療従事者派遣事業費補助金所要額明細書（別紙様式1及び別紙様式2）

(2) その他市長が必要と認める書類

(補助金の交付決定)

第5条 市長は、前条の補助金の交付申請に基づき、当該申請に係る書類の審査等により、当該補助金を交付すべきものと認めるときは、交付の決定を行うものとする。

(交付条件)

第6条 補助金の交付に付する条件は、次に掲げるとおりとする。

(1) 補助事業の内容等を変更する場合(次項に規定する軽微な変更を除く。)は、市長の承認を受けること。

(2) 補助事業を中止する場合においては、市長の承認を受けること。

(3) 補助事業が予定の期間内に完了しない場合又は補助事業の遂行が困難となった場合においては、速やかに市長に報告してその指示を受けること。

(4) 補助事業者は、補助事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出について証拠書類を整理し、かつ、当該帳簿及び証拠書類を補助事業完了の日の属する会計年度の翌会計年度から5年間保管すること。

2 前項第1号に掲げる軽微な変更とは、当初の交付決定の目的・内容の変更を伴わない事業細部の変更をいう。なお、軽微な変更を含め、交付決定の内容を変更する場合は、市長に協議すること。

(実績の報告)

第7条 補助事業者は、補助事業が完了したときは、魚津市新型コロナウイルスワクチン接種医療従事者派遣事業費補助金実績報告書(様式第2号)に次の書類を添えて市長に提出しなければならない。

(1) 魚津市新型コロナウイルスワクチン接種医療従事者派遣事業費補助金実績額明細書(別紙様式3及び別紙様式4)

(2) その他市長が必要と認める書類

(交付決定の取消し及び補助金の返還)

第8条 市長は、補助事業者が、次のいずれかに該当するときは、補助金の交付を取り消すことができる。

(1) 虚偽の申請又は不正の行為により補助金の交付決定を受けたとき

(2) その他この要綱に違反する行為があったとき。

2 市長は、前項の規定により、補助金の交付決定を取り消した場合において、既に補助金が支払われているときは、補助事業者に対し、期限を定めて補助金の全部又は一部の返還を命ずることができる。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、この事業の実施に関し必要な事項は市長が別に定める。

附 則

この告示は、公表の日から施行し、令和3年4月1日から適用する。

## 別表

基準額	対象経費
医師 1人1時間当たり 7,550円 看護師等 1人1時間当たり 2,760円	賃金、報酬、謝金、旅費、役務費（保険料）、委託料、補助金、その他市長が必要と認める経費

様式第1号（第4条関係）

【医療機関交付申請用】

医療機関 コード(10桁)	
------------------	--

令和 年 月 日

魚津市長 あて

所在地 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

代表者 \_\_\_\_\_

令和 年度魚津市新型コロナウイルスワクチン接種医療従事者派遣事業費  
補助金交付申請書

標記補助金について、下記の金額を交付されたく、申請します。

記

1 申請額 金 \_\_\_\_\_ 円

2 添付書類 魚津市新型コロナウイルスワクチン接種医療従事者派遣事業費  
補助金所要額明細書（別紙様式1及び別紙様式2）

医療機関コード (10桁)	
------------------	--

魚津市新型コロナウイルスワクチン接種医療従事者派遣事業費補助金所要額明細書

医療機関名		通常診療時間	例：(月・火・木・金) 9:00～11:30 15:00～18:00 (土) 9:00～11:30
所在地			
電話番号		通常休診日	例：水曜日、日曜日、祝日
FAX番号			
メールアドレス		集団接種会場への派遣のために特別に休診とした日時	例：○/○15:00～18:00
事務担当者名			

(単位：円)

(A) 補助上限額の計算

派遣する医師・看護師等の氏名	時間外・休日の接種従事時間数		(A) 補助上限額 (医師×7,550 + 医師以外×2,760)
	医師の場合 (単価7,550円)	医師以外の医療従事者の場合 (単価2,760円)	
1			0
2			0
3			0
4			0
5			0
6			0
7			0
8			0
9			0
10			0
	0.0	0.0	0

(B) 医療機関が、派遣した医師・看護師等に対して支出する経費

医療機関が、派遣した医師・看護師等に対して支払う経費で、かつ市町村や他の補助金からの収入を受けない経費					(B) 派遣する医師・看護師等に対して支出する経費計
経費の項目					0
金額					0
	0	0	0	0	0

(C) (B)以外に、医療機関がこの派遣事業に伴い支出する経費

(B)以外に負担する経費で、かつ市町村や他の補助金からの収入を受けない経費					(C) (B)以外に、この派遣事業に伴い支出する経費計
経費の項目					0
金額					0
	0	0	0	0	0

【 補助金交付申請額の計算 】

(A) 補助上限額	(B) 派遣した医師・看護師等に対して支出する経費計	(C) (B)以外に、この派遣事業に伴い支出する経費計	(D) 医療機関からの支出経費計 (B) + (C)	(E) 補助基本額 ※(A)と(D)を比較して少ない方の額	(F) 補助率	(G) 交付申請額 ※(E)×(F) ※千円未満切捨て
0	0	0	0	0	10/10	0



様式第2号(第7条関係)

【医療機関実績報告用】

医療機関 コード(10桁)	
------------------	--

令和 年 月 日

魚津市長 あて

所在地 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

代表者 \_\_\_\_\_

令和 年度魚津市新型コロナウイルスワクチン接種医療従事者派遣事業費  
補助金実績報告書

標記補助金について、実績を次の関係書類を添えて報告します。

記

1 実績額 金 \_\_\_\_\_ 円

2 添付書類 魚津市新型コロナウイルスワクチン接種医療従事者派遣事業費  
補助金実績額明細書（別紙様式3及び別紙様式4）



医療機関コード (10桁)	
------------------	--

魚津市新型コロナウイルスワクチン接種医療従事者派遣事業費補助金実績額明細書

医療機関名		通常の診療時間	例：(月・火・木・金) 9:00～11:30 15:00～18:00 (土) 9:00～11:30
所在地			
電話番号		通常の休診日	例：水曜日、日曜日、祝日
FAX番号			
メールアドレス		集団接種会場への派遣のために特別に休診とした日時	例：○/○15:00～18:00
事務担当者名			

(単位：円)

(A) 補助上限額の計算

派遣する医師・看護師等の氏名	時間外・休日の接種従事時間数		(A) 補助上限額 (医師×7,550 +医師以外×2,760)
	医師の場合 (単価7,550円)	医師以外の医療従事者の場合 (単価2,760円)	
1			0
2			0
3			0
4			0
5			0
6			0
7			0
8			0
9			0
10			0
	0.0	0.0	0

(B) 医療機関が、派遣した医師・看護師等に対して支出する経費

医療機関が、派遣した医師・看護師等に対して支払う経費で、かつ市町村や他の補助金からの収入を受けない経費					(B) 派遣する医師・看護師等に対して支出する経費計
経費の項目					0
金額					0
	0	0	0	0	0

(C) (B)以外に、医療機関がこの派遣事業に伴い支出する経費

(B)以外に負担する経費で、かつ市町村や他の補助金からの収入を受けない経費					(C) (B)以外に、この派遣事業に伴い支出する経費計
経費の項目					0
金額					0
	0	0	0	0	0

【 補助金実績額の計算 】

(A) 補助上限額	(B) 派遣した医師・看護師等に対して支出する経費計	(C) (B)以外に、この派遣事業に伴い支出する経費計	(D) 医療機関からの支出経費計 (B) + (C)	(E) 補助基本額 ※(A)と(D)を比較して少ない方の額	(F) 補助率	(G) 実績額 (E) × (F) ※千円未満切捨て
0	0	0	0	0	10/10	0

