

## 京都府医療機関光熱費等支援事業交付金交付要領

### (趣旨)

第1条 知事は、物価高騰により厳しい経営状況にある医療機関の負担を軽減するため、各施設に対し、補助金等の交付に関する規則（昭和35年京都府規則第23号。以下「規則」という。）及びこの要領の定めるところにより、予算の範囲内において交付金を交付する。

### (定義)

第2条 この要領において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 病院 医療法（昭和23年法律第205号）第1条の5第1項に規定する病院をいう。
- (2) 診療所 医療法第1条の5第2項に規定する診療所をいう。

### (交付対象事業等)

第3条 交付金の交付の対象となる事業（以下「交付対象事業」という。）、交付金の交付の対象となる者（以下「交付対象者」という。）及び基準額は、別表に定めるとおりとする。

### (交付申請)

第4条 規則第5条に規定する申請書は、別記様式によるものとし、知事が別に定める期日までに知事に提出するものとする。

### (交付決定等)

第5条 知事は、申請書を受理したときは、その内容を審査し、相当と認めるときは、交付金について規則第6条に規定する交付決定及び規則第14条に規定する額の確定を同時に行うものとする。

### (実績報告)

第6条 規則第13条の規定による実績報告については、申請書の提出をもって実績報告書の提出があったものとみなす。

### (交付金の経理等)

第7条 交付金の交付の決定を受けた者は、交付金に係る収支を記載した帳簿を備え付けるとともに、その証拠となる書類を整理し、かつ、これらの書類を交付事業の完了した日の属する年度の終了後10年間保存しなければならない。

### (その他)

第8条 この要領に定めるもののほか、必要な事項は、知事が別に定める。

附 則

この要領は、令和5年8月10日から施行し、令和5年度分の交付金から適用する。

別表（第3条関係）

交付対象事業	交付対象者	基準額
医療機関光熱費等 支援事業 (民間医療機関)	令和5年7月5日から令和6年1月31日までの期間において、保険医療機関として指定を受けている病院又は診療所で新型コロナウイルス感染症に係る診療を行う医療機関 ただし、地方自治体の一般会計で直接運営する施設を除く。	病院・有床診療所(7床以上) 1床 20,000円 有床診療所(1~6床) 1施設 130,000円 無床診療所 1施設 130,000円
医療機関光熱費等 支援事業 (公立・公的医療機関)	令和5年7月5日から令和6年1月31日までの期間において、保険医療機関として指定を受けている病院又は診療所で新型コロナウイルス感染症に係る診療を行う医療機関	病院・有床診療所(7床以上) 1床 10,000円 有床診療所(1~6床) 1施設 65,000円 無床診療所 1施設 65,000円

別記様式

受付番号

令和5年度京都府医療機関光熱費等支援事業  
交付金申請書兼実績報告書

(申請日) 令和 年 月 日

京都府知事 西脇 隆俊 様

申請者に関する情報	フリガナ			
	【法人】法人名 【個人】氏名			
	フリガナ			
	【法人】代表者 役職・氏名			
	業種区分 (いずれか該当するものに ☑して下さい。)	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所		
	フリガナ			
	医療機関名			
	保険医療機関コード		新型コロナウイルス感染症に係る診療体制の有無	
	医療機関所在地	〒	—	京都府 市・町・村
		※番地や建物名まで記載してください。		
電話番号		担当者名		
担当者 電話番号		連絡先 メールアドレス		

【誓約事項】

下記について、相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。  
※全ての項目がチェックされていないと申請できません。

本交付金交付要領に定める事項をいずれも遵守することを誓約します。

令和5年7月5日から令和6年1月31日までの期間において、新型コロナウイルス感染症の治療を行います。

本交付金における収入及び支出等に係る証拠書類を10年間適切に整備し保管します。

本交付金の交付決定後、交付要件に違反する事実や申請書類の不正その他支給要件を満たさないことが発覚した場合は、交付金を返還します。

京都府知事から検査、報告又は是正のための措置の求めがあった場合はこれに応じます。

業種に係る営業に必要な許可等を全て有しています。

代表者、役員又は従業員若しくは構成員等が、京都府暴力団排除条例第2条第4号に規定する暴力団員等又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者に該当せず、かつ、将来にわたっても該当しません。  
また、上記の暴力団員等又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者が、経営に事実上参画していません。

申請内容

\*③の病床数については、病院・診療所（有床：7床以上）は稼働病床数を記載すること。

①施設名	②分類	③病床数	④単価	⑦申請額
				円
申請金額合計				円

※令和5年7月5日時点の情報を記載してください。

【添付資料】

- ・（別紙）支払口座振替依頼書
- ・振込先銀行口座の通帳のコピー

【申立事項】

下記の通り相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。

※全ての項目がチェックされないと申請できません。

- 申請する施設については、令和5年7月5日から令和6年1月31日までの期間において保険医療機関として指定を受けている病院又は診療所
- 上記申請内容に相違ありません。

(別紙)

## 口座振替依頼書

令和 年 月 日

京都府知事 西脇 隆俊 様

【申請者】

法人名又は個人氏名	
医療機関住所	〒
法人代表者職・氏名	
代表者役職	
フリガナ	
氏 名	


京都府医療機関光熱費等支援事業交付金については、以下の口座に振り込んでください。

金融機関名	
支 店 名	
口座種別	普通 ・ 当座
口座番号	
フリガナ	
口座名義人	

※ ゆうちょ銀行の場合は、他の金融機関からの振込の際に利用する「店名・預金種目・口座番号」を記入願います。

※ 口座名義は、口座振込に使用できるカタカナの名義を正確に記載してください。（一部でも誤りがある場合は振込ができません）

口座名義人が申請者と異なるときは、下記の委任状にご記入の上、ご捺印をお願いします。

<h3>委 任 状</h3>	
令和 年 月 日	
<b>委任者（申請者）</b>	
法人所在地	
法人名	
代表者職名	
氏 名	
	
京都府医療機関光熱費等支援事業交付金の受領に関する権限を以下の者に委任します。	
<b>受任者（口座名義人）</b>	
住所	
氏 名	
電話番号	