

# 新型コロナウイルスに感染した薬剤師にかわり調剤等を行う 薬剤師派遣体制の確保事業補助金交付要綱

## （趣旨）

第1条 新型コロナウイルスに感染した薬剤師にかわり調剤等を行う薬剤師派遣体制の確保事業補助金（以下「補助金」という。）については、予算の範囲内において交付するものとし、福岡県補助金等交付規則（昭和33年福岡県規則第5号）に定めるもののほか、この要綱に定めるところによる。

## （交付の目的）

第2条 医療機関・薬局に勤務する薬剤師が新型コロナウイルス感染症に感染（同感染症の疑いがある場合を含む。）し調剤等が行えなくなった場合でも、継続した調剤等が行えるよう他の医療機関・薬局から薬剤師の派遣を行い、地域の医療提供体制を確保することを目的とする。

## （交付の対象）

第3条 この補助金は、新型コロナウイルス感染症に感染（同感染症の疑いがある場合を含む）し調剤等を行うことができなくなった薬剤師が勤務する医療機関・薬局（派遣先）において代わりに調剤等に従事させるため、薬剤師の派遣を行う医療機関・薬局（派遣元）に対して支払う経費を対象とする。

2 派遣期間は、新型コロナウイルス感染症に感染（同感染症の疑いがある場合を含む）した薬剤師が、その治療又は就業制限のため、勤務している薬局において調剤等に従事することができない期間とする。

3 派遣先となる薬局については、日常生活圏域（具体的には中学校区）に1件のみ所在する薬局を対象とする。

4 補助金の交付の対象となる期間は、補助金の交付決定の時期にかかわらず、交付決定のあった日の属する年度の4月1日から3月31日までとする。ただし、令和4年度に交付決定のあった補助金の交付の対象となる期間は、補助金の交付決定の時期にかかわらず、令和4年4月1日から令和4年9月30日までとする。

## （交付額の算定方法）

第4条 この補助金の交付額は、次により算出された額（1申請当たりの合計額に千円未満の端数が生じる場合は切り捨てた額）とする。

（1）下表の区分ごとに、補助基準額に派遣薬剤師の延べ勤務時間数を乗じた額と補助対象経費の実支出額を比較して少ない方の額を選定する。

| 区分  | 補助基準額              | 補助対象経費                                                                                                                                   |
|-----|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (ア) | 1人1時間当たり<br>2,760円 | 新型コロナウイルス感染症に感染（同感染症の疑いがある場合を含む）し調剤等を行うことができなくなった薬剤師が勤務する医療機関・薬局（派遣先）において代わりに調剤等に従事させるため、他の医療機関・薬局（派遣元）が薬剤師の派遣を行った際に必要な経費（賃金、報償費、旅費、保険料） |

|     |                        |                                                                                                                                                                             |
|-----|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (イ) | 1 人 1 時間当たり<br>5,520 円 | 新型コロナウイルス感染症に感染（同感染症の疑いがある場合を含む）し調剤等を行うことができなくなった薬剤師が勤務する重点医療機関（派遣先）において代わりに調剤等に従事させるため、令和 2 年 12 月 14 日から令和 3 年 8 月 18 日までに他の医療機関・薬局（派遣元）が薬剤師の派遣を行った際に必要な経費（賃金、報償費、旅費、保険料） |
| (ウ) | 1 人 1 時間当たり<br>8,280 円 | 新型コロナウイルス感染症に感染（同感染症の疑いがある場合を含む）し調剤等を行うことができなくなった薬剤師が勤務する重点医療機関（派遣先）において代わりに調剤等に従事させるため、令和 3 年 8 月 19 日以降に他の医療機関・薬局（派遣元）が薬剤師の派遣を行った際に必要な経費（賃金、報償費、旅費、保険料）                   |

(2) 同一の派遣薬剤師の勤務時間について、前号の複数の区分を重複して算定することはできない。

(3) 第 1 号により選定された額と総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額を比較して少ない方の額を交付額とする。

(交付の除外要件)

第 5 条 交付の申請をしようとする事業者が次の各号のいずれかに該当する場合は、交付の決定を行わないものとする。

(1) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成 3 年法律第 77 号。以下「法」という。）第 2 条第 2 号に規定する暴力団

(2) 法第 2 条第 6 号に規定する暴力団員が役員となっている団体

(3) 暴力団員でなくなった日から 5 年を経過しない者が役員となっている団体

(4) 次に掲げる暴力団又は暴力団員と密接な関係を有する団体

ア 暴力団員が事業主又は役員に就任している団体

イ 暴力団員が実質的に運営している団体

ウ 暴力団員であることを知りながら、その者を雇用し、又は使用している団体

エ 契約の相手方が暴力団員であることを知りながら、その者と商取引に係る契約を締結している団体

オ 暴力団又は暴力団員に対して経済上の利益又は便宜を供与している団体

カ 暴力団又は暴力団員と社会的に非難される関係を有している団体

(交付の条件)

第 6 条 この補助金の交付の決定については、次の条件を付すものとする。

(1) 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は、速やかに知事に報告し、その指示を受けなければならない。

(2) 補助金と補助事業に係る証拠書類の管理については、補助事業に係る収入及び支出を明らかにした調書を作成するとともに、補助事業に係る収入及び支出について証拠書類を整理し、かつ、当該調書及び証拠書類を補助金の額の確定の日（補助事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、その承認を受けた日）の属する年度の終了後 5 年間保管しておかななければならない。

(3) 事業者は、この補助金の交付と対象経費を重複して、他の法律又は予算制度に基づく県の負担又は補助を受けてはならない。

(申請手続)

第7条 事業者が補助金の交付を受けようとするときは、様式1により知事が定める期日までに知事に申請しなければならない。

(交付決定の通知)

第8条 知事は、前条の規定による申請があった場合において、その内容を審査し、適当と認めるときは、速やかに交付決定を行い、様式2により事業者に通知するものとする。

(交付決定の取消)

第9条 知事は、事業者が第5条に規定する団体であることが判明した場合、第6条に規定する条件に違反した場合又は不正の手段により補助金の交付決定を受けた場合は、補助金の交付決定の全部又は一部を取り消すものとする。

(概算払の請求)

第10条 事業者が補助金の概算払を受けようとするときは、様式3により知事に請求しなければならない。

2 知事は、前項の規定による請求があった場合において、その内容を審査し、適当と認めるときは補助金の全部又は一部について概算払をするものとする。

(実績報告)

第11条 事業者は、補助事業が完了した日から起算して1月を経過した日又は翌年度4月10日のいずれか早い日までに、様式4により知事に報告しなければならない。

(補助金の額の確定)

第12条 知事は、前条の規定により実績報告書の提出を受けた場合において、その内容を審査し、適当であると認めたときは、当該実績報告書に基づいて、第4条により算定した額と第8条の通知による交付決定額のいずれか少ない方の額により、補助金の額を確定するものとする。

(消費税仕入控除税額の確定に伴う報告)

第13条 事業完了後に、消費税及び地方消費税の申告により補助金にかかる消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額が確定した場合（仕入控除額が0円の場合を含む。）は、様式5により速やかに、遅くとも補助事業完了日の属する年度の翌々年度6月30日までに知事に報告しなければならない。また、この補助金に係る仕入控除税額があることが確定した場合には、当該仕入控除税額を県に返還しなければならない。

(その他)

第14条 特別の事情により第7条、第11条に定める手続によることができない場合には、あらかじめ、知事の承認を受けてその定めるところによるものとする。

附 則

この要綱は、令和２年８月２８日から施行し、令和２年度から令和４年度までの補助金について適用する。

附 則

この要綱は、令和２年１２月２８日から施行する。

附 則

この要綱は、令和３年２月９日から施行し、令和２年度の補助金から適用する。

附 則

この要綱は、令和４年３月３１日から施行し、令和３年度の補助金から適用する。ただし、第３条第４項に係る改正については、令和４年４月１日から施行する。

様式1（第7条関係）

第 号  
年 月 日

福岡県知事 殿

所在地  
事業者名  
代表者名  
(記名押印又は署名)

年度新型コロナウイルスに感染した薬剤師にかわり調剤等を行う  
薬剤師派遣体制の確保事業補助金交付申請書

このことについて、新型コロナウイルスに感染した薬剤師にかわり調剤等を行う薬剤師派遣体制の確保事業補助金交付要綱第7条の規定に基づき、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 交付申請額 金 円
- 2 経費所要額調書（様式1－2）
- 3 支出計画書（様式1－3）
- 4 事業計画書（様式1－4）
- 5 誓約書（様式1－5）
- 6 支払先口座情報

| 項目                      | 記入欄 |
|-------------------------|-----|
| (1) 債権者番号(6から始める8桁の番号)※ |     |
| (2) 銀行・支店名（全角漢字仮名）      |     |
| (3) 銀行・支店コード番号※         |     |
| (4) 口座種別（当座・普通の別）       |     |
| (5) 口座番号(半角英数字)         |     |
| (6) 口座名義人（全角漢字仮名）       |     |
| (7) 口座名義人(半角かな)         |     |

※（1）債権者番号（3）銀行・支店コード番号はわかる範囲で記入。

- 7 その他添付書類
  - (1) 収支予算（見込）書の抄本
  - (2) その他参考となる書類
  - (3) 6 支払先口座情報の（2）（4）（5）（7）が記載されている通帳等の写し

## 経費所要額調書

## 【新型コロナウイルスに感染した薬剤師にかわり調剤等を行う薬剤師派遣体制の確保事業補助金】

| 区分  | 総事業費<br>(A)<br>円 | 総事業費のうち補助対象経費の支出<br>予定額<br>(B)<br>円 | 基準額<br>(C)<br>円 | 選定額<br>(D)<br>円 | 寄付金その他の収入<br>予定額<br>(E)<br>円 | 総事業費(A)から<br>寄付金その他の収入<br>額(E)を控除した<br>額<br>(F)<br>円 | 補助申請額<br>(G)<br>円 | 備考 |
|-----|------------------|-------------------------------------|-----------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------|----|
| (ア) |                  |                                     |                 |                 |                              |                                                      |                   |    |
| (イ) |                  |                                     |                 |                 |                              |                                                      |                   |    |
| 計   |                  |                                     |                 |                 |                              |                                                      |                   |    |

注 1 (C)欄は、以下の補助基準額に派遣薬剤師ののべ勤務時間数を乗じた額を記入すること。

第4条第1項の表中(ア)に該当する勤務時間は、1人1時間当たり2,760円

第4条第1項の表中(イ)に該当する勤務時間は、1人1時間当たり5,520円

2 (D)欄は、(B)欄と(C)欄の額を比較して少ない方の額を記入すること。

3 (G)欄は、(D)欄と(F)欄の額を比較して少ない方の額を記入すること(千円未満は切り捨て)。

## 支出計画書

事業者名：

## 交付の事業内容

| 区 分 | 支 出 予 定 額<br>円 | 積 算 内 訳 |
|-----|----------------|---------|
|     |                |         |
| 合 計 |                |         |

## 事業計画書

事業者名：

| 方法等 | 実 施 時 期 | 内 容 |
|-----|---------|-----|
|     |         |     |

## 誓 約 書

年 月 日

福岡県知事 殿

所 在 地

名 称

代表者氏名

新型コロナウイルスに感染した薬剤師にかわり調剤等を行う薬剤師派遣体制の確保事業補助金の交付申請に当たり、申請者及び申請者の全役員は下記のことを誓約します。

この誓約の内容と事実が反することが判明した場合は、当該事実に関して福岡県が行う一切の措置に対して異議の申立てを行いません。

また、新型コロナウイルスに感染した薬剤師にかわり調剤等を行う薬剤師派遣体制の確保事業補助金の交付決定後にこの誓約の内容と事実が反することが判明し、交付決定の全部又は一部が取り消された場合には、福岡県に対し、当該補助金の全部又は一部を返還します。

なお、この誓約書の内容について、福岡県が福岡県警察本部に照会することを承諾します。

## 記

- 1 申請者は、暴力団による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号。以下「法」という。)第2条第2号に規定する暴力団ではありません。
- 2 申請者は、法第2条第6号に規定する暴力団員が役員等になっている団体ではありません。
- 3 申請者は、暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者が役員等になっている団体ではありません。
- 4 申請者及び申請者の役員等は、次に掲げる暴力団又は暴力団員と密接な関係を有する団体ではありません。
  - (1) 暴力団員が事業主又は役員に就任している団体
  - (2) 暴力団員が実質的に運営している団体
  - (3) 暴力団員であることを知りながら、その者を雇用し、又は使用している団体
  - (4) 契約の相手方が暴力団員であることを知りながら、その者と商取引に係る契約を締結している団体
  - (5) 暴力団又は暴力団員に対して経済上の利益又は便宜を供与している団体
  - (6) 暴力団又は暴力団員と社会的に非難される関係を有している団体
- 5 申請者が実施する事業(事業の準備を含む。)により暴力団を利用することとならないようにするとともに、県が実施する暴力団の排除に関する施策に協力します。
- 6 上記のほか、関係法令を遵守するとともに、暴力団の排除を推進し、県民の安全で平穏な生活の確保及び福岡県における社会経済活動の健全な発展に寄与します。

## 役 員 一 覧

| 役職名 | (ふ り が な)<br>氏 名 | 性別  | 住 所<br>(都道府県名) | 生年月日             |
|-----|------------------|-----|----------------|------------------|
|     | ( )              | 男・女 |                | 明・大・昭・平<br>年 月 日 |
|     | ( )              | 男・女 |                | 明・大・昭・平<br>年 月 日 |

※ 申請者が個人の場合は当該個人について、申請者が法人の場合は役員全員を記載すること。

| 役職名 | (ふ り が な)<br>氏 名 | 性別  | 住 所<br>(都道府県名) | 生年月日             |
|-----|------------------|-----|----------------|------------------|
|     | ( )              | 男・女 |                | 明・大・昭・平<br>年 月 日 |
|     | ( )              | 男・女 |                | 明・大・昭・平<br>年 月 日 |
|     | ( )              | 男・女 |                | 明・大・昭・平<br>年 月 日 |
|     | ( )              | 男・女 |                | 明・大・昭・平<br>年 月 日 |
|     | ( )              | 男・女 |                | 明・大・昭・平<br>年 月 日 |
|     | ( )              | 男・女 |                | 明・大・昭・平<br>年 月 日 |
|     | ( )              | 男・女 |                | 明・大・昭・平<br>年 月 日 |
|     | ( )              | 男・女 |                | 明・大・昭・平<br>年 月 日 |
|     | ( )              | 男・女 |                | 明・大・昭・平<br>年 月 日 |
|     | ( )              | 男・女 |                | 明・大・昭・平<br>年 月 日 |
|     | ( )              | 男・女 |                | 明・大・昭・平<br>年 月 日 |
|     | ( )              | 男・女 |                | 明・大・昭・平<br>年 月 日 |
|     | ( )              | 男・女 |                | 明・大・昭・平<br>年 月 日 |
|     | ( )              | 男・女 |                | 明・大・昭・平<br>年 月 日 |
|     | ( )              | 男・女 |                | 明・大・昭・平<br>年 月 日 |
|     | ( )              | 男・女 |                | 明・大・昭・平<br>年 月 日 |
|     | ( )              | 男・女 |                | 明・大・昭・平<br>年 月 日 |
|     | ( )              | 男・女 |                | 明・大・昭・平<br>年 月 日 |
|     | ( )              | 男・女 |                | 明・大・昭・平<br>年 月 日 |
|     | ( )              | 男・女 |                | 明・大・昭・平<br>年 月 日 |

※ 申請者が個人の場合は当該個人について、申請者が法人の場合は役員全員を記載すること。

第 号  
年 月 日

福岡県知事 殿

所在地  
事業者名  
代表者名

年度新型コロナウイルスに感染した薬剤師にかわり調剤等を行う  
薬剤師派遣体制の確保事業補助金概算払請求書

年 月 日 第 号で交付決定を受けた新型コロナウイルスに  
感染した薬剤師にかわり調剤等を行う薬剤師派遣体制の確保事業補助金について、新型  
コロナウイルスに感染した薬剤師にかわり調剤等を行う薬剤師派遣体制の確保事業補  
助金交付要綱第10条の規定に基づき、下記のとおり概算払されるよう請求します。

記

|   |       |   |   |
|---|-------|---|---|
| 1 | 交付決定額 | 金 | 円 |
| 2 | 既受領額  | 金 | 円 |
| 3 | 今回請求額 | 金 | 円 |

様式4（第11条関係）

第 号  
年 月 日

福岡県知事 殿

所在地  
事業者名  
代表者名

年度新型コロナウイルスに感染した薬剤師にかわり調剤等を行う  
薬剤師派遣体制の確保事業補助金実績報告書

年 月 日 第 号で交付決定を受けた新型コロナウイルスに感染した薬剤師にかわり調剤等を行う薬剤師派遣体制の確保事業補助金に係る実績報告について、新型コロナウイルスに感染した薬剤師にかわり調剤等を行う薬剤師派遣体制の確保事業補助金交付要綱第11条の規定に基づき、下記の関係書類を添えて報告します。

記

- 1 補助金精算額 金 円
- 2 経費所要額精算書（様式4－2）
- 3 支出報告書（様式4－3）
- 4 事業実績報告書（様式4－4）
- 5 その他添付資料
  - （1）薬剤師の派遣の実態がわかる資料  
※契約書の写し等
  - （2）当該事業に係る収支決算（見込）書の抄本
  - （3）その他参考となる資料  
※派遣元から派遣した薬剤師に支払われた賃金等を証する書類等

経費所要額精算書

【新型コロナウイルスに感染した薬剤師にかわり調剤等を行う薬剤師派遣体制の確保事業補助金】

| 区分  | 総事業費 | 総事業費のうち<br>補助対象経費の<br>実支出額 | 基準額 | 選定額 | 寄付金<br>その他の収入額 | 総事業費(A)から<br>寄付金その他の<br>収入額(E)を控除<br>した額 | 補助金額 | 交付決定額 | 補助金<br>受入済額 | 差引過<br>不足額 | 備考 |
|-----|------|----------------------------|-----|-----|----------------|------------------------------------------|------|-------|-------------|------------|----|
|     | (A)  | (B)                        | (C) | (D) | (E)            | (F)                                      | (G)  | (H)   | (I)         | (J)        |    |
|     | 円    | 円                          |     |     |                |                                          | 円    | 円     | 円           | 円          |    |
| (ア) |      |                            |     |     |                |                                          |      |       |             |            |    |
| (イ) |      |                            |     |     |                |                                          |      |       |             |            |    |
| 計   |      |                            |     |     |                |                                          |      |       |             |            |    |

- 注 1 (C)欄は、以下の補助基準額に派遣薬剤師ののべ勤務時間数を乗じた額を記入すること。  
第4条第1項の表中(ア)に該当する勤務時間は、1人1時間当たり2,760円  
第4条第1項の表中(イ)に該当する勤務時間は、1人1時間当たり5,520円
- 2 (D)欄は、(B)欄と(C)欄の額を比較して少ない方の額を記入すること。
- 3 (G)欄は、(D)欄と(F)欄の額を比較して少ない方の額を記入すること(千円未満は切り捨て)。
- 4 (H)欄は、交付決定通知書により通知のあった補助金の額を記入すること(合計欄のみ記入)。
- 5 (I)欄は、概算払い請求により受け入れを行った補助金額を記入すること(合計欄のみ記入)。
- 6 (J)欄は、(G)欄と(H)欄の額を比較して少ない方の額から(I)欄の額を差し引いた額を記入すること(合計欄のみ記入)。

## 支出報告書

事業者名： \_\_\_\_\_

交付の事業内容

| 区 分 | 支 出 額<br>円 | 積 算 内 訳 |
|-----|------------|---------|
| 合 計 |            |         |

## 事業実績報告書

事業者名：

| 方法等 | 実 施 時 期 | 内 容 |
|-----|---------|-----|
|     |         |     |

様式 5（第 13 条関係）

第 号  
年 月 日

福岡県知事 殿

所在地  
事業者名  
代表者名

年度消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

年 月 日 第 号により交付決定があった 年度新型コロナウイルスに感染した薬剤師にかわり調剤等を行う薬剤師派遣体制の確保事業補助金について、新型コロナウイルスに感染した薬剤師にかわり調剤等を行う薬剤師派遣体制の確保事業補助金交付要綱第 13 条に基づき、下記のとおり報告します。

記

- 1 福岡県補助金等交付規則（昭和 33 年福岡県規則第 5 号）第 14 条の規定に基づく額の確定額又は事業実績報告額

金 \_\_\_\_\_ 円

- 2 消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額（要県補助金返還相当額）

金 \_\_\_\_\_ 円

- 3 添付書類

2 の消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額の積算内訳等

年度新型コロナウイルスに感染した薬剤師にかわり調剤等を行う薬剤師派遣体制の確保事業会計収支予算（決算）書

収入予算（決算）額 円

支出予算（決算）額 円

差引額 円

収入の部

| 科 目       | 予算（決算）額 | 摘 要 |
|-----------|---------|-----|
| 1. 福岡県補助金 |         |     |
| 2. 自己負担分  |         |     |
| 3. その他    |         |     |
| 計         |         |     |

支出の部

| 科 目    | 予算（決算）額 | 摘 要 |
|--------|---------|-----|
| 1. 事業費 |         |     |
| 計      |         |     |

この予算（決算）書の抄本は原本と相違ないことを証明する。

年 月 日

事業者名

代表者名

注：交付申請書に添付する際は「（決算）」を二重線等で削除すること。

実績報告書に添付する際は「予算」を二重線等で削除すること。

# 新型コロナウイルスに感染した薬剤師にかわり調剤等を行う薬剤師 派遣体制の確保事業補助金 申請マニュアル

## 1 目的

医療機関・薬局に勤務する薬剤師が新型コロナウイルス感染症に感染（同感染症の疑いがある場合を含む。以下同様。）し調剤等が行えなくなった場合でも、継続した調剤等が行えるよう他の医療機関・薬局から薬剤師の派遣を行い、地域の医療提供体制を確保することを目的としています。

## 2 対象薬局等・補助対象経費について

### (1) 対象薬局等について

本補助金の補助対象者は、新型コロナウイルス感染症に感染し調剤等を行うことができなくなった薬剤師が勤務する医療機関・薬局（派遣先）において代わりに調剤等に從事させるための薬剤師の派遣を行う医療機関・薬局（派遣元）です。

なお、派遣先となる薬局は、日常生活圏域（具体的には中学校区）に1件のみ所在する薬局となります。

### (2) 補助対象経費について

派遣元の医療機関・薬局が薬剤師の派遣を行う際に必要な経費（賃金、報償費、旅費、保険料）となります。

※対象期間は令和2年4月1日～令和4年9月30日（年度（4月1日～3月31日）をまたがって派遣する場合は、年度ごとに申請が必要です。各年度の申請は、以下3(1)～(3)により、事業が完了した日から起算して1月を経過した日又は3月末日のいずれか早い日までに提出してください（必着）。）。

補助の上限額は以下のとおりです（1申請当たりの合計額に千円未満の端数が生じる場合は切り捨て）。

| 区分                            | 上限額<br>(1人1時間当たり) |
|-------------------------------|-------------------|
| (ア) 下記(イ)、(ウ)以外の場合            | 2,760円            |
| (イ) 令和3年8月18日以前に重点医療機関に派遣する場合 | 5,520円            |
| (ウ) 令和3年8月19日以降に重点医療機関に派遣する場合 | 8,280円            |

※同一の派遣薬剤師の勤務時間について、上記区分を重複して算定することはできません。

## 3 申請の流れについて

### (1) 事前のご連絡について

この補助金を利用されようとする場合は、事前にメール又は電話にてご連絡くださいますようお願いいたします。対象条件等について、確認させていただきます。

○ メールの場合 送付先：covid-pharm@pref.fukuoka.lg.jp

※ メールを表題に【薬剤師派遣事業補助金利用希望（○○薬局）】と記載し、メール本文に補助金申請の担当者の所属、氏名、電話番号を記載してください。折り返しご連絡します。

○ 電話の場合 連絡先：092-643-3284（薬務課薬事係あて）

## (2) 事前審査について

### ① 提出書類データの事前の確認

以下(ア)～(ク)の書類をご準備いただき、メール又はFAXにて送付してください。提出書類の事前チェックを行います。

県に支払口座の登録がされているかどうか不明の場合には、メール本文にその旨を記載し、登録されているであろう口座名義人、銀行名、口座の種別（普通・当座）、口座番号を本文に記載してください。県で確認して、登録されていない場合、もしくは違う口座が登録されている場合には、債権者登録申出書を提出していただきます。

＜提出書類＞ (ア) 交付申請書（様式1）

(イ) 経費所要額調書（様式1－2）

(ウ) 支出計画書（様式1－3）

(エ) 事業計画書（様式1－4）

(オ) 誓約書（様式1－5）

(カ) 収支予算（見込）書の抄本

(キ) 通帳等の写し

※様式1に記載した、(2) 銀行・支店名、(4) 口座種別（当座・普通の別）、(5) 口座番号、(7) 口座名義人（半角ｶﾀｶﾅ）が記載されたページ

(ク) 債権者登録申出書（必要な場合のみ）

○ メールの場合 送付先：covid-pharm@pref.fukuoka.lg.jp

※ メールを表題に【薬剤師派遣事業補助金申請（〇〇薬局）】と記載し、メール本文に補助金申請の担当者の所属、氏名、電話番号を記載してください。

○ 電話の場合 連絡先：092-643-3284（薬務課薬事係あて）

### ② 市町村補助金の申請の有無について

市町村の同様の補助金を申請予定の場合は、その金額を控除した額を補助金として支給しますので、事前審査の際に、補助金を申請する市町村名、申請予定額と市町村の補助金の交付要綱を申し出ていただき、事前にご相談ください（その際、申請予定市町村及び申請予定額については、メール本文に記載してください）。

### ③ 県からの事前審査の結果の連絡

事前審査の結果、書類に修正がある場合には、修正指示を行い、①に戻り再度チェックを行います。事前審査の結果、書類に不備がなければ、交付申請書等を提出してくださいとの連絡があります。

### (3) 申請書の送付

交付申請書等一式（(ア)～(ク)）を揃え、交付申請書の申請者欄に記名押印又は署名の上、以下の宛先まで郵送で1部提出してください。封筒には【薬剤師派遣事業補助金申請書 在中】と赤字で記載してください。

郵送先 〒812-8577 福岡市博多区東公園7番7号  
福岡県保健医療介護部薬務課 薬事係 宛

### (4) 交付決定と概算払について

交付申請後、県で審査の上、交付決定を行います。

原則として精算払（後述）で対応しますが、希望がある場合、交付決定後、概算払による対応が可能です。必要な場合は、「概算払請求書（様式3）」を、以下の宛先まで1部提出してください。県で審査後、交付申請時に示された口座に支給します。

郵送先 〒812-8577 福岡市博多区東公園7番7号  
福岡県保健医療介護部薬務課 薬事係 宛

### (5) 実績報告の提出について

#### ① 提出書類データの事前の提出

事業完了後、速やかに、以下(ケ)～(タ)の書類をご準備いただき、メール又はFAXにて送付してください。提出書類の事前チェックを行います。

＜提出書類＞ (ケ) 実績報告書（様式4）

(コ) 経費所要額調書（様式4-2）

(サ) 支出報告書（様式4-3）

(シ) 事業実績報告書（様式4-4）

(ス) 薬剤師の派遣の実態がわかる資料

※契約書の写し等

(セ) 収支決算（見込）書の抄本

(ソ) その他参考となる資料

・派遣元から派遣した薬剤師に支払われた賃金等を証する書類等

・市町村の同様の補助金を申請（申請予定）の場合、市町村の交付決定もしくは補助金を受領した金額がわかるもの

(タ) 消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書（様式5）

※実績報告時に確定していない場合は、額が確定次第、速やかに提出

○ メールの場合 送付先：covid-pharm@pref.fukuoka.lg.jp

※ メール の表題に【薬剤師派遣事業補助金実績報告書（〇〇薬局）】と記載し、メール本文に補助金申請の担当者の所属、氏名、電話番号を記載してください。

○ 電話の場合 連絡先：092-643-3284（薬務課薬事係あて）

## ② 県からの事前審査の連絡

事前審査の結果、書類に修正がある場合には、修正指示を行い、①に戻り再度チェックを行います。事前審査の結果、書類に不備がなければ、実績報告書等を提出してくださいとの連絡があります。

## ③ 実績報告書の提出

実績報告書等一式（(ケ)～(タ)）を以下の宛先まで郵送で1部提出してください。封筒には【薬剤師派遣事業補助金実績報告書在中】と赤字で記載してください。

郵送先 〒812-8577 福岡市博多区東公園7番7号  
福岡県保健医療介護部薬務課 薬事係 宛

## (6) 市町村の同様の補助金を申請・受領している場合について

市町村の同様の補助金を申請予定もしくは申請している場合、市町村の補助金の交付決定書を受領もしくは補助金を受領した場合には、交付決定もしくは補助金を受領した金額がわかるものを「実績報告書（様式4）」の添付資料として提出してください。提出後、交付額の確定を行います。

なお、重複して受領した金額については、その額を減額して額の確定をします。

## (7) 精算払について

実績報告書を県で審査後、額の確定通知と併せて交付申請時に示された口座に支給します。

## (8) 概算払を行った場合の精算について

(4)により、概算払を受けた薬局等について、実績報告書を県で審査した結果、既支払額より確定額が少なかった場合は、余剰となった金額の返還をしていただく必要があります。

別途ご連絡する方法により、返還の手続きを行ってください。

## 4 申請に当たっての留意事項について

### 【全般的事項】

- ☐ 県や市町村による他の補助事業で実施される事業に、当補助金を重複して充てることは認められません。

### 【事業実施時】

- ☐ 事業実施に当たり、補助事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を作成し、証拠書類と併せて事業完了後5年間保管しておいてください。

### 【実績報告時】

- ☐ 派遣元から派遣した薬剤師に支払われた賃金等を証する書類等として、派遣元から派遣薬剤師への銀行口座への振込みの場合のファームバンキングの振込記録、現金での受け渡しの際の受領簿などを添付してください。

【提出書類チェックリスト】（提出時のチェックに御利用ください）

| 交付申請時 |                                                                                |                          | 実績報告時 |                                                                                                       |                          |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 番号    | 書類名                                                                            | チェック欄                    | 番号    | 書類名                                                                                                   | チェック欄                    |
| (ア)   | 交付申請書（様式１）                                                                     | <input type="checkbox"/> | (ケ)   | 実績報告書（様式４）                                                                                            | <input type="checkbox"/> |
| (イ)   | 経費所要額調書（様式１－２）                                                                 | <input type="checkbox"/> | (コ)   | 経費所要額精算書（様式４－２）                                                                                       | <input type="checkbox"/> |
| (ウ)   | 支出計画書（様式１－３）                                                                   | <input type="checkbox"/> | (サ)   | 支出報告書（様式４－３）                                                                                          | <input type="checkbox"/> |
| (エ)   | 事業計画書（様式１－４）                                                                   | <input type="checkbox"/> | (シ)   | 事業実績報告書（様式４－４）                                                                                        | <input type="checkbox"/> |
| (オ)   | 誓約書（様式１－５）                                                                     | <input type="checkbox"/> | (ス)   | 薬剤師の派遣の実態がわかる資料<br>※契約書の写し等                                                                           | <input type="checkbox"/> |
| (カ)   | 収支予算（見込）書の抄本                                                                   | <input type="checkbox"/> | (セ)   | 収支決算（見込）書の抄本                                                                                          | <input type="checkbox"/> |
| (キ)   | 通帳等の写し<br>※様式１に記載した、（２）銀行・支店名、（４）口座種別（当座・普通の別）、（５）口座番号、（７）口座名義人（半角ｶﾅ）が記載されたページ | <input type="checkbox"/> | (ソ)   | その他参考となる資料<br>・派遣元から派遣した薬剤師に支払われた賃金等を証する書類等（派遣元から派遣薬剤師への銀行口座への振込みの場合のファームバンキングの振込記録、現金での受け渡しの際の受領簿など） | <input type="checkbox"/> |
| (ク)   | 債権者登録申出書<br>（必要な場合のみ）                                                          | <input type="checkbox"/> | (タ)   | 消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書（様式５）<br>※実績報告時に額が確定していない場合は、額が確定次第、速やかに提出                                      | <input type="checkbox"/> |