

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 (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（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。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）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いただき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

※ メールを表題に【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 ※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 ※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（半角付）が記載されたページ	<input type="checkbox"/>	(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（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ォ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 （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） ※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"/>