

様式第1号（第4条関係）

令和〇〇年度鳥取県外来対応医療機関休業支援補助金 事業計画（実績報告）書

1 申請者の概要

医療機関名	鳥取病院		
代表者氏名	院長 鳥取 一郎		
住所	鳥取市東町1丁目220番地		
職員数	15人		
担当者連絡先	(所属) 総務課	(氏名) 鳥取 鳥子	
	(電話) 〇〇〇〇	(メールアドレス) 〇〇@〇〇	

2 院内感染状況

院内感染確認日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
感染者数	5人
休業期間	令和〇年〇月〇日～〇月〇日（〇日間）
休業理由	休業期間設定根拠を含め、具体的に記入すること ・令和〇年〇月〇日、当院の職員Aの新型コロナウイルス陽性が確認された。 ※〇月〇日に陽性となった患者（〇〇）を診察しており、感染源の可能性が非常に高い ・その後、〇月〇日に職員Bが、〇月〇日に職員CDEが陽性となった。 ・これ以上の院内感染拡大防止のため、最後に陽性者が確認された〇月〇日から7日間休業する。
診療再開日	令和〇年〇月〇日

3 他の補助金の活用

有 ・ **無** ※有の場合、下欄に記入すること。

他の補助金の名称	
補助事業の内容	
他の補助金の所管部署（団体）	
所管部署（団体）連絡先	

4 収支予算（決算）

(1) 収入

(単位：円)

区分	予算（決算）額	資金調達先
本補助金	2,823,870	
その他	226,130	自己資金
合計	3,050,000	

(2) 支出

(単位：円)

区分	予算（決算）額	負担区分	
		補助金	補助金以外
人件費	2,100,000	2,100,000	
〇〇費	500,000	500,000	
〇〇費	300,000	223,870	76,130
〇〇費	150,000	0	150,000
合計	3,050,000	2,823,870	226,130

5 添付書類

(1) 休業開始日の属する月の前月の患者数を証する書類

(2) 休業の事実及び休業期間を証する書類（ホームページ掲載、施設掲示等の写真等）