

公印省略

2 薬第 1 2 8 6 号

令和 2 年 8 月 3 1 日

各保健所設置市薬務主管課長 殿

福岡県保健医療介護部薬務課長
(監 視 係)

「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」及び「新型コロナウイルス感染症により休業等となった薬局に対する継続・再開支援事業」の実施について

このことについて、別紙のとおり実施することとし、県ホームページに掲載いたしましたので、お知らせします。

なお、公益社団法人福岡県薬剤師会長あてには、別添のとおり通知しておりますので、申し添えます。

記

【県ホームページ】

- 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

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/corona-yakuzaishihaken.html>

- 新型コロナウイルス感染症により休業等となった薬局に対する継続・再開支援事業

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/corona-yakkyokusaikaisien.html>

【問合せ先】

福岡県保健医療介護部薬務課 監視係

TEL : 0 9 2 - 6 4 3 - 3 2 8 5

2 薬第 1 2 8 6 号
令和 2 年 8 月 3 1 日

公益社団法人福岡県薬剤師会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(保健医療介護部薬務課)



「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」及び「新型コロナウイルス感染症により休業等となった薬局に対する継続・再開支援事業」の実施について

平素から、本県保健医療介護行政の推進につきましては、格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。
さて、令和 2 年 6 月 1 6 日付厚生労働省発医政第 1 号、厚生労働省発健第 6 号、厚生労働省発薬生第 6 5 号「令和 2 年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）の交付について」により示された「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」及び「新型コロナウイルス感染症により休業等となった薬局に対する継続・再開支援事業」について、本県においても、別紙のとおり実施することとし、県ホームページに掲載いたしましたので、貴会会員に対して周知していただきますようお願いいたします。

記

1 県ホームページ

- 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
<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/corona-yakuzaishihaken.html>
- 新型コロナウイルス感染症により休業等となった薬局に対する継続・再開支援事業
<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/corona-yakkyokusaikaisien.html>

2 留意事項

- ・ 標記 2 種類の補助金は、新型コロナウイルス感染症への対応として、地域の医療提供体制の確保、薬局機能の維持のため、薬局等に対し支援を行うものです。
- ・ 対象となる薬局には、条件（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）があります。県ホームページ掲載の各事業の申請マニュアルを御確認いただくとともに、補助金を利用されようとする場合は、事前に以下の問合せ先にご連絡くださいますようお願いいたします。

【問合せ先】

※多くの問合せが予想されるため、可能な限りメールでお問合せください。

福岡県保健医療介護部薬務課 監視係

(メール: covid-pharm@pref.fukuoka.lg.jp)

(TEL: 092-643-3285)

「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」及び「新型コロナウイルス感染症により休業等となった薬局に対する継続・再開支援事業」について

【この補助金の目的】

- **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**
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。
- **新型コロナウイルス感染症により休業等となった薬局に対する継続・再開支援事業**
新型コロナウイルス感染症により、休業・業務縮小を余儀なくされた薬局に対して、継続・再開の支援を行うことにより、地域において必要な薬局機能を維持することを目的としています。

1 県ホームページのアドレス

- (1) 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
<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/corona-yakuzaishihaken.html>
- (2) 新型コロナウイルス感染症により休業等となった薬局に対する継続・再開支援事業
<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/corona-yakkyokusaikaisien.html>

※ 県ホームページから「薬務課」で検索して薬務課のページを開き、〔重要なお知らせ〕の欄をご覧ください。

※ ホームページには、交付要綱、申請マニュアル、申請等の様式を掲載しています。

2 申請先

福岡県保健医療介護部薬務課

3 申請方法等

- ・ これらの補助金を利用されようとする場合は、県ホームページ掲載の申請マニュアルをご確認ください。
- ・ また、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。

4 問い合わせ先

福岡県保健医療介護部薬務課

メール：covid-pharm@pref.fukuoka.lg.jp

電話：092-643-3285

※多くの問合せが予想されるため、可能な限りメールでお問合せください。

新型コロナウイルス感染症により休業等となった薬局に対する 継続・再開支援事業補助金 申請マニュアル

1 目的

新型コロナウイルス感染症により、休業・業務縮小を余儀なくされた薬局に対して、継続・再開の支援を行うことにより、地域において必要な薬局機能を維持することを目的としています。

2 対象薬局・補助対象経費について

(1) 対象薬局について

本補助金の対象薬局は、新型コロナウイルス感染症患者が発生したことにより、薬局の全部の休業、業務縮小を行った薬局です。

なお、支援対象となる薬局は、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

令和2年4月1日から令和3年3月31日までにかかった次の経費となります。

ア H E P Aフィルター付き空気清浄機の購入に係る経費

- ・ 交付額は、総事業費の2分の1以内です。
- ・ 総事業費の上限は1台当たり905,000円、1施設当たりの上限は1台（千円未満の端数が生じる場合は切り捨て）です。

イ 消毒経費

- ・ 交付額は、総事業費の2分の1以内です。
- ・ 総事業費の上限は1施設当たり600,000円（千円未満の端数が生じる場合は切り捨て）です。

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【継続・再開支援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：092-643-3285（薬務課監視係あて）

(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（この時点では押印なしで差し支えありません）、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【継続・再開支援事業補助金申請（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：092-643-3285（薬務課監視係あて）

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)、要押印）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【継続・再開支援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 監視係 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 監視係 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)～(チ)の書類をご準備いただき（この時点では押印なしで差し支えありません）、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) 補助事業の概要を示す写真

※購入した空気清浄機の設置後写真、消毒作業の契約書写し等

(セ) 収支決算（見込）書の抄本

(ソ) その他参考となる資料

・購入した空気清浄機及び消毒作業の領収書等

・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) 管理表

※本補助事業で取得又は効用が増加した単価30万円以上の財産がある場合

(チ) 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【継続・再開支援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：092-643-3285（薬務課監視係あて）

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)～(チ)、要押印）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【継続・再開支援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 監視係 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】

- 補助対象となるのは、事業の実施に直接必要なものに限ります。直接的な必要性が認められない場合は対象経費から除外するケースもあります。疑問が生じた場合はあらかじめ県担当者までご相談ください。
- 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】

- 設備整備について、リースの場合や設備を設置するに当たっての工事費については補助対象となりますが、ランニングコストである光熱水費については補助対象外ですので、ご注意ください。
- 補助事業により取得し、又は効用の増加した価格が単価30万円以上の備品については、厚生労働省の定める財産の処分制限期間（※）を経過するまでは、知事の承認を受けず廃棄等を行うことはできません。廃棄等を行う場合は、「事業財産処分承認申請書」を提出し、承認を受ける必要があります。処分等が必要になった場合は、事務局までご連絡ください。
（※）処分制限期間については、次のURLをご覧ください。

URL : https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/gyomu/bu_ka/kenko_fukushi/koufu/21.html

- 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。

<管理シール貼付と管理表の作成・管理について>

- 本事業の補助金にて購入した設備・機器については、管理表の作成および管理シールの貼付をお願いします。本事業終了後、会計検査院による実地調査が行われる場合があり、この管理表と管理シールの貼付は、この実地調査にて速やかに現物確認ができることはもちろん、事業目的に沿った利用及び管理を実施していることを証明するものです。作成した管理表については、実績報告に添付して提出をお願いします。
- 以下に示す記載項目及び対象物をご確認いただき、適宜ご対応をお願いいたします。

【記載事項】

- ・管理シールには以下の項目を必須記載事項とします。
 - ・管理シールは文字が読めるものであれば、大きさや色等は問いません。機器ごとに作成し見えるところに貼付してください。
- ※一体となっているものは、部品ごとではなく、1か所に貼付してください。

管理シールへの必須記載事項 ※事業名は下図作成例のとおり記載してください。

管理シール作成例

事業名	令和2年度新型コロナウイルス感染症により休業等となった薬局に対する継続・再開支援事業補助金
物品名（財産名）	HEPAフィルター付き空気清浄機 AAA
管理番号	R02-機器 0001
所有者	株式会社●●●● （開設者名）
設置場所	●●●●薬局・調剤室
製造者	●●●●●株式会社 （製造メーカー）
取得年月日	令和2年●月●日

管理表の記載事項

区分	財産名	管理番号	所有者	設置場所 (保管場所)	製造者	取得年月日	規格	数量	単価	金額	耐用年数	補助率	備考

【対象物】

管理表と管理シールの作成の対象となるものは、本補助事業により取得し、又は効用の増加した価格が単価30万円以上の財産全てとなります。

※ 新型コロナウイルス感染症対策として緊急的・一時的に整備が必要であり、元々、新型コロナウイルス感染症の終息後に廃棄することが予定されている場合は、承認を受けずに廃棄が可能であるため、管理表と管理シールの作成の対象とはなりません。

(なお、元々、短期間で交付の目的を達成し処分することが予定されている設備については、購入ではなく、リースでの対応をご検討ください。)

※ 具体的に管理対象となるものか判断が難しい物品については、随時、事務局に確認してください。

【実績報告時】

□ 業者からの請求書及び領収書等の支出証拠書類については、以下を参考に、日付、宛名、品目等が分かるもの（写しで可）をA4サイズの下紙に貼付して提出してください。

(領収書の例)

上様、個人名ではなく団体名を記載してください。

領 収 書

令和 年 月 日

株式会社●●● 様

¥400,000-

上記金額正に領収しました。

但し、空気清浄機代(1台、●●●薬局設置)として

●●●株式会社
代表取締役 △△

印

事業実施期間内(令和2年4月1日~令和3年3月31日まで)であること。

ただし書きは、支払の内容、単価、数量などが分かるようにするか、これらの内容がわかる業者からの請求書等を併せて添付してください。

押印が必要です。

【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)	補助事業の概要を示す写真等 ※購入した空気清浄機の設置後写真、消毒作業の契約書写し等	<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（半角ｶﾀ）が記載されたページ	<input type="checkbox"/>	(ソ)	その他参考となる資料 ・購入した空気清浄機及び消毒作業の領収書等 ・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	<input type="checkbox"/>
(ク)	債権者登録申出書 （必要な場合のみ）	<input type="checkbox"/>	(タ)	管理表 ※本補助事業で取得又は効用が増加した単価30万円以上の財産がある場合	<input type="checkbox"/>
			(チ)	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"/>

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従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3年3月31日です。
- ・ 派遣薬剤師1人1時間当たりの補助額の上限は2,760円です（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）。

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：092-643-3285（薬務課監視係あて）

(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（この時点では押印なしで差し支えありません）、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：092-643-3285（薬務課監視係あて）

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)、要押印）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 監視係 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 監視係 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（この時点では押印なしで差し支えありません）、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：092-643-3285（薬務課監視係あて）

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いただき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)、要押印）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 監視係 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自署又は押印された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）	□	(ケ)	実績報告書（様式4）	□
(イ)	経費所要額調書（様式1-2）	□	(コ)	経費所要額精算書（様式4-2）	□
(ウ)	支出計画書（様式1-3）	□	(サ)	支出報告書（様式4-3）	□
(エ)	事業計画書（様式1-4）	□	(シ)	事業実績報告書（様式4-4）	□
(オ)	誓約書（様式1-5）	□	(ス)	薬剤師の派遣の実態がわかる資料 ※契約書の写し等	□
(カ)	収支予算（見込）書の抄本	□	(セ)	収支決算（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（半角付）が記載されたページ	□	(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ァームバンキングの振込記録、現金での受け渡しの際の自署又は押印された受領簿など）	□
(ク)	債権者登録申出書 （必要な場合のみ）	□	(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	□