

松戸市自宅療養者等の診療体制強化協力金交付要綱

(目的)

第1条 この要綱は、自宅等で療養している新型コロナウイルス感染症患者の症状が悪化する等、千葉県又は保健所設置市が診療を必要と判断した場合に外来診療（電話等情報通信機器による診療を除く。）、若しくは往診を行った医療機関又は訪問看護を行った訪問看護ステーションに対し、千葉県が交付する自宅療養者等診療体制強化事業補助金（以下「補助金」という。）と同額の松戸市自宅療養者等の診療体制強化協力金（以下「協力金」という。）を交付することについて必要な事項を定め、自宅療養者等の診療体制を強化することを目的とする。

(対象者)

第2条 交付対象の医療機関は、千葉県又は保健所設置市の依頼により新型コロナウイルス感染症患者の外来診療（電話等情報通信機器による診療を除く。）、往診を行い、千葉県の補助金の交付を受けた市内の医療機関とする。

2 交付対象の訪問看護ステーションは、千葉県又は保健所設置市の依頼により新型コロナウイルス感染症患者の外来診療、往診を行った医療機関の医師からの指示により、新型コロナウイルス感染症患者の訪問看護を対面で行い、千葉県の補助金の交付を受けた市内の訪問看護ステーションとする。

(交付対象期間)

第3条 協力金の交付対象となる期間は、令和3年12月1日から令和4年3月31日までとする。

(協力金の額)

第4条 協力金の額は、次の表に定めるとおりとする。

医療体制	協力金
(1)外来・往診	平日（8時～18時）1件当たり50,000円
	夜間（18時～8時）1件当たり100,000円
	休日（土曜日、日曜日、祝日）1件当たり100,000円
(2)訪問看護	平日（8時～18時）1件当たり20,000円
	夜間（18時～8時）1件当たり40,000円
	休日（土曜日、日曜日、祝日）1件当たり40,000円

(交付の申請)

第5条 協力金の交付を受けようとする者は、事業完了後、令和4年4月15日までに松戸市自宅療養者等の診療体制強化協力金交付申請書（第1号様式）により、市長に申請しなければならない。

(交付の決定)

第6条 市長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、その交付の可否を決定し、松戸市自宅療養者等の診療体制強化協力金交付決定（申請却下）通知書（第2号様式）により、その旨を当該申請者に通知するものとする。

(請求)

第7条 前条の規定により協力金の交付決定を受けた者（以下「交付決定者」という。）は、指定する期日までに松戸市自宅療養者等の診療体制強化協力金交付請求書（第3号様式）により、市長に請求しなければならない。

(交付決定の取消し及び協力金の返還)

第8条 市長は、交付決定者が次の各号のいずれかに該当するときは、交付決定の全部又は一部を取り消すものとする。この場合において、当該者に既に交付した協力金の額があるときは、その額の全部又は一部を返還させるものとする。

- (1) 虚偽又は不正の行為により協力金の交付を受けたとき
- (2) この要綱の規定に違反したとき
- (3) その他不相当であると市長が認めたとき

2 市長は、前項の規定により交付決定の全部又は一部を取り消したときは、松戸市自宅療養者等の診療体制強化協力金交付決定取消通知書（第4号様式）により、当該者にその旨を通知するものとする。

(補則)

第9条 この要綱に定めるもののほか、協力金の交付に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和3年11月9日から施行する。

(宛先) 松 戸 市 長

所 在 地
 名 称
 代表者職氏名

松戸市自宅療養者等の診療体制強化協力金交付申請書

松戸市自宅療養者等の診療体制強化協力金の交付を受けたいので、松戸市自宅療養者等の診療体制強化協力金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

記

交付対象 医療機関等	名 称			
	所在地			
交付申請額（合計）		円		
医療体制		内 訳	対応件数	内訳ごとの協力金 (合計)
外来・往診		平日	件	円
		夜間・休日	件	円
訪問看護		平日	件	円
		夜間・休日	件	円
添付書類		千葉県の子宅療養者等診療体制強化事業補助金 交付決定通知書の写し		
外来・往診		保健所等からの受入を依頼する FAX の写し、 又はこれに代わる書類		
訪問看護		訪問看護指示書の写し		

担当者名：

電話番号：

FAX 番号：

電子メール：

第2号様式（第6条関係）

松戸市指令第 号
年 月 日

様

松戸市長 印

松戸市自宅療養者等の診療体制強化協力金交付決定（申請却下） 通知書

年 月 日付けで申請のあった松戸市自宅療養者等の診療体制強化
協力金の交付について、松戸市自宅療養者等の診療体制強化協力金交付要綱第
6条の規定により、次のとおり決定したので、通知します。

記

1 次のとおり決定する。

交付金額 円

2 次の理由により申請を却下する。

第3号様式（第7条関係）

年 月 日

(宛先) 松 戸 市 長

所 在 地

名 称

代表者職氏名

㊞

松戸市自宅療養者等の診療体制強化協力金交付請求書

年 月 日 付け松戸市指令第 号で決定のあった松戸市自宅療養者等の診療体制強化協力金の交付について、松戸市自宅療養者等の診療体制強化協力金交付要綱第7条の規定により、次のとおり請求します。

記

1 請求額 金 _____ 円

2 振込口座

金融機関	銀行 信用組合 信用金庫 農協	支店 出張所
預金種別	普通 ・ 当座	
口座番号		
フリガナ		
口座名義人		

※申請者名義と口座名義が異なる場合は、委任状の添付が必要です。

第4号様式（第8条関係）

松戸市達第 号

年 月 日

様

松戸市長 印

松戸市自宅療養者等の診療体制強化協力金交付決定取消通知書

年 月 日付け松戸市指令第 号で決定した松戸市自宅療養者等の診療体制強化協力金の交付について、松戸市自宅療養者等の診療体制強化協力金交付要綱第8条第1項の規定により、次のとおり当該交付の決定を取り消しましたので通知します。

記

1 取消年月日

年 月 日

2 理由