

○支援金_審査チェックリスト兼進捗管理個票_概算交付申請（交付分）

【受付】

| 受付番号 | 受付日 | 医療機関等コード | 施設名称 | 保健所区分 |
|-------|------|----------|------|-------|
| 支概交-1 | 1月0日 | | 0 | 0 |

【一次審査】

| チェック項目 | 補正依頼日 | 補正依頼内容 | 一次審査完了日 |
|---|-------|--------|---------|
| ・全体：必要書類が揃っているか。 | | | |
| ・全体：記入漏れはないか。 | | | |
| ・様式2：施設類型、許可病床数及び補助上限額が適正かどうか。 | | | |
| ・様式2：口座情報に関する記載（同意）が適正かどうか。 | | | |
| ・様式2：補助金交付申請額が補助上限額を上回っているか。（上回っていない場合は、追加の交付申請ができないことを伝え、了解を得る。） | | | |
| 一次審査 全体完了日 (取下げ日) | | 交付予定額 | 円 |

【二次（最終）審査】

| チェック項目 | 補正依頼日 | 補正依頼内容 | 二次審査完了日 |
|--|-------|--------|---------|
| ・全体：一次審査の結果について、問題はないか。 | | | |
| ・交付対象施設：精算交付申請をした施設を含め、重複申請していないか。救急等支援金支給事業と重複申請していないか。 | | | |
| 最終審査 完了日 (返戻日) | | 交付決定額 | 円 |

【交付決定及び支払処理】

| 申請概要一覧又は取扱不可一覧 更新日 | 交付決定日 | 完了日 |
|-----------------------|----------|-----|
| 支払日 | 振替不能時の対応 | |
| 医療機関等 管理表更新日 | 備考 | |

○支援金_審査チェックリスト兼進捗管理個票_精算交付申請

【受付】

| 受付番号 | 受付日 | 医療機関等コード | 施設名称 | 保健所区分 |
|-------|------|----------|------|-------|
| 支精交-1 | 8月7日 | | 0 | 0 |

【一次審査】

| チェック項目 | 補正依頼日 | 補正依頼内容 | 一次審査完了日 |
|---|-------|--------|---------|
| ・全体：必要書類が揃っているか。 | | | |
| ・全体：記入漏れはないか。 | | | |
| ・様式2：施設類型、許可病床数及び補助上限額が適正かどうか。 | | | |
| ・様式2：口座情報に関する記載（同意）が適正かどうか。 | | | |
| ・支出が確認できる書類：日付、申請者名、用途及び金額（様式2と一致したもの）が確認できるか。 | | | |
| ・様式2：申請された経費が事業の趣旨に反したものとなっていないか。科目が適正かどうか。 | | | |
| ・様式2：補助金交付申請額が補助上限額を上回っているか。（上回っていない場合は、追加の交付申請ができないことを伝え、了解を得る。） | | | |
| 一次審査 全体完了日 (取下げ日) | | 交付予定額 | 円 |

【二次（最終）審査】

| チェック項目 | 補正依頼日 | 補正依頼内容 | 二次審査完了日 |
|--|-------|--------|---------|
| ・全体：一次審査の結果について、問題はないか。 | | | |
| ・交付対象施設：精算交付申請をした施設を含め、重複申請していないか。救急等支援金支給事業と重複申請していないか。 | | | |
| 最終審査 完了日 (返戻日) | | 交付決定額 | 円 |

【交付決定及び支払処理】

| 申請概要一覧又は取扱不可一覧 更新日 | 交付決定日 | 完了日 |
|-----------------------|----------|-----|
| 支払日 | 振替不能時の対応 | |
| 医療機関等 管理表更新日 | 備考 | |

