

神奈川県新型コロナウイルス感染症薬剤交付支援事業 協力金支給要綱

(趣旨)

第1条 神奈川県の支給する、新型コロナウイルス感染症薬剤交付支援事業にかかる協力金（以下「協力金」という。）に関し、必要な事項を定めるものとする。

(目的)

第2条 新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、自宅での療養者が増加する中で、薬局による療養者への薬剤の配送を支援することで、療養が効果的かつ円滑に行われることを期するとともに、薬局従事者の感染リスクを低減するため、該当期間に薬剤の配送を行った薬局に対して、予算の範囲内において協力金の支給を行う。

(協力金の支給額及び対象期間)

第3条 協力金は、神奈川県内の保険薬局（以下「薬局」という。）が新型コロナウイルス感染症患者に対して調剤を行った薬剤について、薬局従事者が患者宅等に持参した場合1回につき1,000円を支給する。

2 協力金は、令和4年10月14日から令和5年2月28日の期間に薬剤の配送を行った場合を対象とする。ただし、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）において新型コロナウイルス感染症の分類が変更された場合は、この限りではない。

(協力金の支給対象)

第4条 協力金の支給は、前条に定める事項のほか、次の各号に該当する場合を対象とする。

(1) 自宅療養者への薬剤配送は、本事業を共同で実施する保健所設置市の所管する薬局及び県が所管する薬局が行ったものを対象とする。

(2) 宿泊療養者への薬剤配送は、神奈川県内全ての薬局が行ったものを対象とする。

2 第3条及び第4条第1項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する場合は、支給の対象としない。

(1) 国又は地方公共団体から薬剤の配送に関して同様の趣旨の補助金等の交付を受けているもの。

(2) 日本薬剤師会又は神奈川県薬剤師会から薬剤の配送に関して同様の趣旨の補助金等の交付を受けているもの。

(協力金の申請)

第5条 協力金の申請をしようとする者は、あらかじめ指定する期日までに、申請書（様式第1号）を神奈川県知事（以下「知事」という。）に提出するものとする。なお、電子申請による場合は、この限りではない。

2 前項の申請書を提出した者は、あらかじめ指定する期日までに、実績一覧表（様式第2号

及び様式第3号)を知事に提出するものとする。なお、電子申請による場合は、この限りではない。

(協力金支給の決定)

第6条 知事は、前条の規定により協力金の申請があった場合、その内容を審査し、適当であると認めるときは、速やかに支給の決定をするものとする。

2 知事は、前項の規定による協力金の支給を決定したときは、協力金を口座振込により支給するものとする。

3 知事は、第1項の規定により協力金の審査をした結果、不相当であると認めるときは、不支給の決定を行うこととし、理由を付して通知するものとする。

(不当利得の返還)

第7条 知事は、協力金の支給を受けた後に支給対象の要件に該当しないことが明らかとなった者又は偽りその他不正の手段により協力金の支給を受けた者に対して、期限を定めて、支給を行った協力金の返還を命ずるものとする。

(暴力団員の排除)

第8条 知事は、第6条の支給の決定を受けた従事者が、暴力団員(暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ)であることが判明した場合は、当該従事者に対して、期限を定めて、支給を行った協力金の返還を命ずるものとする。

2 知事は、必要に応じ第6条の支給の決定を受けた従事者が、暴力団員に該当するか否かを神奈川県警察本部長に対して確認を行うことができる。ただし、当該確認のために個人情報を神奈川県警察本部長に提供するときは、神奈川県警察本部長に対して当該確認を行うことについて、当該個人情報の本人の同意を得るものとする。

(加算金及び延滞金)

第9条 第7条の規定により協力金の返還を命ぜられた者は、その命令に係る協力金の受領の日から納付の日までの日数に応じ、当該協力金の額(その一部を納付した場合におけるその後の期間については、既納額を控除した額)につき年10.95パーセントの割合で計算した加算金を知事に納付しなければならない。

2 前項の規定により加算金を納付しなければならない場合において、協力金の返還を命ぜられた者の納付した金額が返還を命ぜられた協力金の額に達するまでは、その納付金額は、まず当該返還を命ぜられた協力金の額に充てられたものとする。

3 協力金の返還を命ぜられた者は、協力金の返還を命ぜられ、これを納期日までに納付しなかったときは、納期日の翌日から納付の日までの日数に応じ、その未納付額(その一部を納付した場合におけるその後の期間については、既納額を控除した額)につき年10.95パーセントの割合で計算した延滞金を県に納付しなければならない。

(書類の整備等)

第10条 協力金の支給を受けた者は、協力金に係る証拠書類等を整備し、協力金の支給の完了の日の属する県の会計年度の翌年度から10年間保存しなければならない。

2 前項の者が法人又はその他の団体である場合であって、前項に規定する証拠書類等の保存期間が満了しない間に当該団体が解散する場合は、その権利義務を承継する者（権利義務を承継する者がいない場合は知事）に当該証拠書類等を引き継がなければならない。

(届出事項)

第11条 協力金の支給を受ける者は、次の各号のいずれかに該当するときは、速やかに文書をもってその旨を知事に届け出なければならない。

- (1) 住所、氏名又は法人名を変更したとき
- (2) その他申請内容に変更があったとき

(その他)

第12条 この要綱の実施のために必要な事項は、知事が別に定める。

附 則

この要綱は、令和4年11月10日から施行し、令和4年10月14日から適用する。

新型コロナウイルス感染症薬剤交付支援事業 申請書

※色付き箇所を御記入ください。

提出日

薬局概要

薬局名称				保険機関コード	1	4	4								
薬局所在地	郵便番号			都道府県名	市区町村以降										
				神奈川県											
開設者氏名	氏名(法人名)			代表者役職(法人のみ)			代表者氏名(法人のみ)								
開設者所在地	郵便番号			都道府県名	市区町村以降										
担当者連絡先	担当部署		担当者氏名		連絡先電話番号			連絡先メールアドレス							

事業見込件数

事業対象期間 令和4年10月14日(金) ~ 令和5年2月28日(火)

薬剤配送件数 自宅療養者への薬剤配送件数(見込) 件

宿泊療養者への薬剤配送件数(見込) 件

- ・事業対象期間 令和4年10月14日～令和5年2月28日までの配送見込件数を記載してください。
- ・薬局の従事者が、新型コロナウイルス感染症の自宅療養者及び宿泊療養者の自宅等に、配送した場合が対象となります。(宅配業者等を利用した場合は対象外となります)
- ・記載した件数を上回る配送した場合も協力金の対象となりますので、直近の実績等から見込み件数を記載してください。(本事業全体の規模を事前把握するために記載頂くものです)

口座情報

- ・口座情報は、正確に記入してください。記載内容に誤りがあると、協力金の支給ができなくなる可能性があります。
- ・口座は、法人の場合は薬局開設者の項目に記載した法人名義の口座、個人開設者の場合は開設者本人名義のものを指定してください。
- ・確認のため、通帳の表紙を開いた1ページ目の画像を添付してください。(インターネットバンキングの場合は下記項目がわかるページ「金融機関名」「支店名」「預金種別」「口座番号」「口座名義人(フリガナ)」が確認できるページ)
- ・債権譲渡されていない口座情報を御記載ください。
- ・なお、口座情報の記載をもって、記載された口座情報を神奈川県が本事業の支払に使用することに同意したものとします。(保健所設置市が支払いを行う場合、神奈川県から該当の市に口座情報を提供することに同意したものとします。)

金融機関名		金融機関コード		支店名		支店コード							
預金種類 (普通 当座 貯蓄)				口座番号(左詰め)									
(フリガナ)													
口座名義人													

※本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみに用い、その他の目的で使用することはありません。

新型コロナウイルス感染症薬剤交付支援事業 実績一覧表【**自宅療養**】

保険機関コード(10桁)	1	4	4							
薬局名称										
薬局所在地										
開設者氏名										

1セルに1文字ずつ入力

※自動計算されます。

配送件数(自宅)合計	0	件
協力金(自宅)申請額	¥0	円

- ※1 薬局の従事者が、自宅療養者の自宅等に配送した場合が対象となりますので、対象となる薬剤配送の実績を記載してください。(宿泊療養者への配送は別の一覧表)
- ※2 同一世帯で複数名分の薬剤を同時に配達した場合、代表者1名分の氏名を記入してください。
- ※3 行数が足りない場合は、適宜追加してください。(シート保護しています)
- ※4 配送の根拠となる資料を保存しておいてください。
(例:処方箋の写し(備考欄にCoV自宅が記載されているもの))
- ※5 配送日順に記載してください。(対象期間は、令和4年10月14日～令和5年2月28日)

	配送日		配送先		備考
	月	日	自宅療養者氏名 (イニシャル)	住所(町名まで)	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

	配送日		配送先		備考
	月	日	自宅療養者氏名 (イニシャル)	住所(町名まで)	
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					

新型コロナウイルス感染症薬剤交付支援事業 実績一覧表【**宿泊療養**】

保険機関コード(10桁)	1	4	4							
薬局名称										
薬局所在地										
開設者氏名										

1セルに1文字ずつ入力

※自動計算されます。

配送件数(宿泊)合計	0	件
協力金(宿泊)申請額	¥0	円

- ※1 薬局の従事者が、宿泊療養者の施設に配送した場合が対象となりますので、対象となる薬剤配送の実績を記載してください。(自宅療養者への配送は別の一覧表)
- ※2 宿泊療養施設に複数名分の薬剤を同時に配達した場合、代表者1名分の氏名を記入してください
- ※3 行数が足りない場合は、適宜追加してください。(シート保護してあります)
- ※4 配送の根拠となる資料を保存しておいてください。
(例:処方箋の写し(備考欄にCoV宿泊が記載されているもの))
- ※5 配送日順に記載してください。(対象期間は、令和4年10月14日～令和5年2月28日)

	配送日		配送先		備考
	月	日	宿泊療養者氏名 (イニシャル)	宿泊療養施設名称	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

	配送日		配送先		備考
	月	日	宿泊療養者氏名 (イニシャル)	宿泊療養施設名称	
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					