

千葉県救急搬送受入支援金給付要綱

(趣旨)

第1条 新型コロナウイルス感染症5類移行後の経過措置として、一定期間、搬送困難事案の改善を図り、市民が安心できる救急医療体制を確保するために、新型コロナウイルス感染症に罹患又は疑いがある患者（以下「コロナ関連患者」という。）について、救急搬送を受け入れた千葉市内の病院及び有床診療所（以下「市内医療機関」という。）に対し、この要綱に基づき、千葉県救急搬送受入支援金（以下「支援金」という。）を給付し、救急搬送の受入を促進する。

(受入期間)

第2条 前条で規定する救急搬送の受入期間は、令和5年5月8日から令和5年9月30日までとする。

(給付要件)

第3条 支援金の給付を受けることができる者は、千葉市の救急隊からの患者の受入の照会により搬送を受け入れた市内医療機関を運営する法人の代表者又は法人格のない個人事業者とする。

2 前項で規定する患者は、千葉市の救急隊が市内医療機関に患者の受入の照会をする時点で、コロナ関連患者と判断した者とする。

3 救急搬送を受け入れた市内医療機関が当該患者のかかりつけ医であった場合は、本要綱で定める給付対象から除くものとする。

(支援金の額)

第4条 支援金の額は、前条第2項に規定する患者の搬送の受入れ1人当たり30,000円とする。

(支援金の請求)

第5条 千葉県消防局警防部救急課からの報告を基に、救急搬送を受け入れた市内医療機関に支援金の請求書類を送付する。

2 前項に規定する書類の送付があった市内医療機関が、支援金の給付を受けようとするときは、千葉県救急搬送受入支援金請求書（様式第1号。以下「請求書」という。）を市長に提出するものとする。

3 前項の規定による提出は、預金通帳の写し（金融機関名・支店名、預金種別、口座番号及び口座名義の記載があるもの）を添付して行うものとする。

4 支援金の振込先口座は、原則として、市内医療機関を運営する法人の代表者又は法人格のない個人事業者の口座とする。それ以外の口座とする場合は請求書に委任状を添付するものとする。

(支援金の給付)

第6条 市長は、前条の規定による請求があった場合は、その内容を審査し、適当と認めたときは、原則として、当該請求のあった月の翌月末日までに、当該請求者に対し口座振込により支援金を支払うものとする。

(支援金の返還)

第7条 市長は、市内医療機関が偽りその他不正の行為により支払いを受けた支援金があるときは、当該支援金の全部又は一部を返還させることができる。

(関係部署との連携)

第8条 市長は、支援金の支払いを適正に行うために必要な事項について、関係部署に情報の提供を求めることができる。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、支援金の給付に関し必要な事項は保健福祉局長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和5年4月21日から施行する。

様式第1号（第5条関係）

千葉市救急搬送受入支援金請求書

令和 年 月 日

（あて先）千葉市長

請求者 法人名等
〒

所在地

代表者職氏名

担当者職氏名

電話番号

E-mail

※ 記名押印又は本人（代表者）が署名してください。
ただし、押印又は署名以外の方法により本人（代表者）からの申請であることを確認できる場合は記名のみで可。

※ 押印を省略する場合は、裏面をご確認ください。

令和 年 月分の千葉市救急搬送受入支援金について、千葉市救急搬送受入支援金給付要綱第5条の規定により、次のとおり請求します。

市内医療機関				
請 求 額		円		
振込先 口座 ※1	金融機関名		金融機関 コード※2	
	支店名 (店名)		支店コード (店番号)	
	預金種別			
	口座番号			
	口座名義 (カタカナ)			
	口座名義 (漢字)			

- ※1 口座情報を確認するため、「通帳の見開きページの写」（記載事項がすべて記載されている部分）を必ず添付してください。
- ※2 ゆうちょ銀行の金融機関コードは9900です。また、通帳の見開きページに振込用の受取口座番号が記載されています。
- ※3 支援金の振込先口座は、原則として、請求者欄に記載の「法人名称及び法人代表者」又は「法人名のみ」の口座、法人格のない個人事業者の口座とします。それ以外の口座とする場合は委任状の提出が必要となります。

請求書への押印を省略する場合は、必ず次のア～ウ全てを記載してください。

ア「本件責任者」の氏名（フルネーム）

イ「担当者」の氏名（フルネーム）

ウ 連絡先電話番号

※ 記載に不備があった場合、請求書は無効とします。

※ 請求日時以降、ウに記載の電話番号に連絡し本件責任者等の在籍を確認する場合がある。在籍の確認ができなかった場合、請求書は無効とします。
また、上記記載に加えて、請求者（代表者）の本人確認書類の提出が必要となります。

（フリガナ）

ア 本件責任の氏 名

（フリガナ）

イ 担 当 者 の 氏 名

ウ 連絡先電話番号

様式第2号（第7条関係）

千葉県救急搬送受入支援金返還請求通知書

千保医第 号
令和 年 月 日

様

千葉市長

令和 年 月 日付けで支給した千葉県救急搬送受入支援金については、
下記により返還してください。

記

- 1 返還の理由
- 2 返 還 額
- 3 返還の期限
- 4 返還の方法