

東京都医療機関等物価高騰緊急対策支援金実施要綱

制定 令和4年11月28日付4福保医政第1594号
一部改正 令和5年7月12日付5保医医政第113号
一部改正 令和6年10月8日付6保医医政第1097号

(目的)

第1条 食材料費や光熱費の高騰の影響を受けている都内医療機関等の経営基盤を包括的に支援することを目的とする。

(実施主体)

第2条 本事業の実施主体は、東京都（以下「都」という。）とする。

(事業内容)

第3条 都内に開設している以下の医療機関等に対し、物価高騰に対応するための支援金を交付する。ただし、都が開設している病院及び診療所を除く。

- 1 病院、有床診療所、無床診療所及び歯科診療所（健康保険法第63条第3項第1号に定める保険医療機関に限る。）
- 2 有床助産所及び無床助産所（医療法第2条第1項に定める助産所に限る。）
- 3 施術所（あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律又は柔道整復師法の規定に基づき開設している施術所のうち、療養費の受領委任の取扱いを行う施術所又は償還払による保険診療を行っている施術所に限る。）
- 4 歯科技工所（歯科技工士法第21条第1項の規定に基づき開設届出のなされた歯科技工所に限る。）

(その他)

第4条 本事業の施行に関し必要な事項は、保健医療局長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和4年11月28日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年7月12日から施行する。

附 則

この要綱は、令和6年10月8日から施行する。

東京都医療機関等物価高騰緊急対策支援金交付要綱

制定 令和4年11月28日付4福保医政第1594号
一部改正 令和5年7月12日付5保医医政第113号
一部改正 令和6年1月17日付5保医医政第923号
一部改正 令和6年10月8日付6保医医政第1097号

(目的)

第1条 この支援金は、医療機関等が東京都医療機関等物価高騰緊急対策支援金実施要綱(令和4年11月28日付4福保医政第1594号。以下「実施要綱」という。)に要する経費について、東京都が予算の範囲内で補助することにより、事業の円滑な推進を図ることを目的とし、東京都補助金等交付規則(昭和37年東京都規則第141号)の規定によるほか、この交付要綱の定めるところによる。

(交付対象医療機関等)

第2条 本要綱に定める支援金の交付を受けることができる者は、実施要綱第3条に掲げる者とする。

なお、歯科技工所については、次条に定める交付対象期間中に保険診療に係る案件を歯科医師に納品した実績があるものに限る。

2 次に掲げる団体は、この要綱に基づく支援金の交付の対象としない。

- 一 暴力団(東京都暴力団排除条例(平成23年東京都条例第54号。以下「暴排条例」という。)第2条第2号に規定する暴力団をいう。)
- 二 法人その他団体の代表者、役員、使用人その他の従業者又は構成員に暴力団員等(暴排条例第2条第3号に規定する暴力団員及び同条第4号に規定する暴力団関係者をいう。)に該当する者があるもの

(交付対象期間)

第3条 本要綱に定める支援金の交付対象期間は、令和6年10月1日から翌年3月31日までとする。

(支援金の交付額)

第4条 支援金の額は、前条の交付対象期間ごとに、次の表に掲げる各項目の合計額とする。各項目の算定方法に基づき算出された額に1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。

	交付対象 医療機関等	基準単価	算 定 方 法
食 材 費	病院 有床診療所 有床助産所	1日1人当たり51円	51円に交付対象期間の延べ入院患者数を乗じて得た額
光 熱 費	病院 有床診療所 有床助産所	基本額150,000円に、 1床当たり26,000円を 加えた額	150,000円に、26,000円に許可病床数 (有床助産所にあつては入所定員数) を乗じて得た額を加えた額。なお休棟 中の病床は含まない。 ・交付対象期間内に許可病床数が増減 した場合は、期間を通じて稼働してい

			る許可病床数に基づき交付額を算定するものとする。
	無床診療所 歯科診療所 無床助産所	1 施設あたり 150,000 円	—
	施術所 歯科技工所	1 施設あたり 75,000 円	—

（交付申請）

第 5 条 本支援金の交付を受けようとする医療機関は、支援金交付申請書（別記第 1－1 号様式、別記第 1－2 号様式又は別記第 1－3 号様式）を記入の上、知事が定める期日までに申請を行うものとする。

（交付決定）

第 6 条 知事は、前条の規定により申請者から交付申請があったとき、適正と認める場合は支援金の交付決定を行い、申請者に通知する。

なお、この場合において、適正な交付を行うため知事が必要と認めるときは、補助金の交付申請に係る事項につき修正を加えて、交付の決定をすることができるものとする。

（実績報告）

第 7 条 前条の規定により交付決定を受けた医療機関は、知事が定める期日までに支援金実績報告書（別記第 2－1 号様式、別記第 2－2 号様式又は別記第 2－3 号様式）を知事に提出しなければならない。

（額の確定）

第 8 条 知事は、前条の規定による事業実績の報告があったときは、実績報告書を審査し、交付の決定の内容及びこれに付した条件に適合するものであるかどうかを調査し、適合すると認めたときは、交付すべき支援金の額を確定し、交付対象医療機関へ通知する。

なお、交付決定額を超えて額の確定を行うことはできない。

（申請の撤回）

第 9 条 申請者は、第 6 条又は第 8 条の規定による支援金の交付決定の通知を受けた場合において、当該通知に係る交付決定の内容又はこれに付した条件に異議があるときは、交付決定の日から 14 日以内に申請の撤回をすることができる。

（交付の条件）

第 10 条 この補助事業により支援金の交付を受けた対象経費について、他の補助事業等から重複して支援金等の交付を受けてはならない。

（申請のみなし取下げ）

第 11 条 第 7 条に定める実績報告書について、知事が定める期日までに提出がなかった場合は、当該申請が取り下げられたものとみなす。

また、知事が第 5 条に定める支援金交付申請書又は第 7 条に定める実績報告書（以

下「申請書等」という。)を受け付けた後、申請書等の不備があり、知事が申請者に補正を求めたにもかかわらず、補正が行われなかったときは、当該申請が取り下げられたものとみなす。

(支援金の支払い)

第12条 知事は、実施要綱第3条の1に掲げる者に対する支援金について、支援金交付決定後、交付決定額のうち7割を概算払により交付し、残額(第8条で確定した額から概算払により交付した額を差し引いた額)を精算払により交付することとする。第8条で確定した額が概算払額を下回った場合、申請者は速やかに差額を返納するものとする。

また、知事は、実施要綱第3条の2から4までに掲げる者に対する支援金について、第8条で額を確定した後、速やかに交付するものとする。

なお、申請に係る内容の不備による振込不能等があり、都が補正を求めたにもかかわらず、その内容等の補正が行われず、支払ができなかったときは、当該申請が取り下げられたものとみなす。

(精算)

第13条 実施要綱第3条の1に掲げる者が、第8条の額の確定通知を受領したときは、別記第3号様式による精算報告書を知事に提出し、速やかに支援金を精算しなければならない。

(決定の取消し)

第14条 知事は、本要綱に定める支援金の交付を受けた後に、支援金の交付決定を受けた者(以下「支援金交付事業者」という。)が偽りその他不正の手段により支援金の給付を受けたことが明らかとなった場合、又は支援金交付事業者(法人その他の団体にあっては、代表者、役員又は使用人その他の従業者若しくは構成員を含む。)が、暴力団員等に該当するに至った場合、交付決定の全部又は一部を取り消す。

2 知事は、本要綱に定める支援金の交付を受けた後に、事情の変更により特別の必要が生じたときは、支援金交付事業者に対し、この決定の全部若しくは一部を取り消し、又はこの決定の内容若しくはこれに付した条件を変更することがある。

(支援金の返還)

第15条 知事は、前条の規定により支援金の交付の決定を取り消した場合においては、当該取消に係る部分に関し、期限を定めて返還を命じるものとする。

(事業完了後の調査等)

第16条 支援金交付事業者は、支援金交付事業の完了後であっても、都の求めに応じて、調査等の依頼に協力するものとする。

(その他)

第17条 本事業の施行に関し必要な事項は、保健医療局長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和4年11月28日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年7月12日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 6 年 1 月 17 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 6 年 10 月 8 日から施行する。

東京都知事 殿

(医療機関等名称)
(所在地)

(代表者) 印

令和6年度東京都医療機関等物価高騰緊急対策事業支援金交付申請書
(病院、有床診療所、有床助産所用)

東京都医療機関等物価高騰緊急対策事業支援金として、下記のとおり交付申請します。

記

1 区分

2 交付申請額 金 円【②+④】
(内訳)

(1) 食材費		
①	対象期間の延べ入院患者数	人
②	51 円×① (千円未満切り捨て)	円
(2) 光熱費		
③	許可病床数 ※対象期間内に許可病床数が増減した場合は、期間を通じて確保している許可病床数。また、休棟中の病床は含まない。有床助産所にあつては入所定員数。	床
④	150,000 円+26,000 円×③	円

3 誓約・確認事項

	東京都医療機関等物価高騰緊急対策支援金実施要綱第3条に規定する交付対象者である。
	東京都医療機関等物価高騰緊急対策支援金交付要綱第3条に規定する交付対象期間である令和6年10月1日から翌年3月31日までに於いて、継続して事業を実施する意思がある。
	交付対象期間において、物価高騰等の影響による食費又は光熱費の支援を目的とした他の補助金等の交付を受ける予定はない。
	支援金の交付手続き等において、都から業務委託事業者へ、申請者に関する必要な情報が提供されることに同意する。
	支援金に係る証拠書類を5年間適切に整備・保管する。また、都が求めたときは提出する。
	当該申請により支援金の交付を受けようとする者(法人その他の団体に於ては、代表者、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員を含む。)は、東京都医療機関等物価高騰緊急対策支援金交付要綱第2条第2項に規定する団体に該当せず、かつ将来にわたつても該当しない。あわせて、知事が必要と認めた場合には、暴力団員等であるか否かの確認のため、警視庁へ照会がなされることに同意する。

4 支払金口座振替依頼

東京都から私に支給される東京都医療機関等物価高騰緊急対策支援金は下記の口座に口座振替の方法をもって振り込んでください。

振込先金融機関		
金融機関コード		
口振	預金種別	
	口座番号	
座込	フリガナ	
	氏名	

5 連絡先

医療機関等所在地	
担当部署	
担当者職・氏名	
連絡先電話番号	
eメールアドレス	

年 月 日

東京都知事 殿

(医療機関等名称)

(所在地)

(代表者)

印

令和 6 年度東京都医療機関等物価高騰緊急対策事業支援金交付申請書
(無床診療所、歯科診療所、無床助産所用)

東京都医療機関等物価高騰緊急対策事業支援金として、下記のとおり交付申請します。

記

1 区分

2 交付申請額 金 150,000 円

3 誓約・確認事項

	東京都医療機関等物価高騰緊急対策支援金実施要綱第 3 条に規定する交付対象者である。
	東京都医療機関等物価高騰緊急対策支援金交付要綱第 3 条に規定する交付対象期間である令和 6 年 10 月 1 日から翌年 3 月 31 日までにおいて、継続して事業を実施する意思がある。
	交付対象期間において、物価高騰等の影響による食費又は光熱費の支援を目的とした他の補助金等の交付を受ける予定はない。
	支援金の交付手続き等において、都から業務委託事業者に、申請者に関する必要な情報が提供されることに同意する。
	支援金に係る証拠書類を 5 年間適切に整備・保管する。また、都が求めたときは提出する。
	当該申請により支援金の交付を受けようとする者（法人その他の団体にあつては、代表者、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員を含む。）は、東京都医療機関等物価高騰緊急対策支援金交付要綱第 2 条第 2 項に規定する団体に該当せず、かつ将来にわたっても該当しない。あわせて、知事が必要と認めた場合には、暴力団員等であるか否かの確認のため、警視庁へ照会がなされることに同意する。

4 連絡先

医療機関等所在地	
担当部署	
担当者職・氏名	
連絡先電話番号	
e メールアドレス	

年 月 日

東京都知事 殿

(医療機関等名称)

(所在地)

(代表者)

印

令和6年度東京都医療機関等物価高騰緊急対策事業支援金交付申請書
(施術所・歯科技工所用)

東京都医療機関等物価高騰緊急対策事業支援金として、下記のとおり交付申請します。

記

1 区分

2 交付申請額 金 75,000 円

3 誓約・確認事項

	東京都医療機関等物価高騰緊急対策支援金実施要綱第3条に規定する交付対象者である。 歯科技工所については、東京都医療機関等物価高騰緊急対策支援金交付要綱第3条に規定する交付対象期間である令和6年10月1日から翌年3月31日までにおいて、保険診療に係る案件を歯科医師に納品する予定である。
	東京都医療機関等物価高騰緊急対策支援金交付要綱第3条に規定する交付対象期間である令和6年10月1日から翌年3月31日までにおいて、継続して事業を実施する意思がある。
	交付対象期間において、物価高騰等の影響による食費又は光熱費の支援を目的とした他の補助金等の交付を受ける予定はない。
	支援金の交付手続き等において、都から業務委託事業者に、申請者に関する必要な情報が提供されることに同意する。
	支援金に係る証拠書類を5年間適切に整備・保管する。また、都が求めたときは提出する。
	当該申請により支援金の交付を受けようとする者（法人その他の団体にあつては、代表者、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員を含む。）は、東京都医療機関等物価高騰緊急対策支援金交付要綱第2条第2項に規定する団体に該当せず、かつ将来にわたっても該当しない。あわせて、知事が必要と認めた場合には、暴力団員等であるか否かの確認のため、警視庁へ照会がなされることに同意する。

4 連絡先

医療機関等所在地	
担当部署	
担当者職・氏名	
連絡先電話番号	
eメールアドレス	

東京都知事 殿

(医療機関等名称)

(所在地)

(代表者)

印

令和 6 年度東京都医療機関等物価高騰緊急対策事業支援金実績報告書
(病院、有床診療所、有床助産所用)

東京都医療機関等物価高騰緊急対策事業支援金として、下記のとおり実績について報告します。

記

1 区分

2 実績報告額 金 円【②+④】
(内訳)

(1) 食材費

①	対象期間の延べ入院患者数	人
②	51 円×① (千円未満切り捨て)	円

(2) 光熱費

③	許可病床数 ※対象期間内に許可病床数が増減した場合は、期間を通じて確保している許可病床数。また、休棟中の病床は含まない。有床助産所にあつては入所定員数。	床
④	150,000 円+26,000 円×③	円

3 誓約・確認事項

	東京都医療機関等物価高騰緊急対策支援金実施要綱第 3 条に規定する交付対象者である。
	東京都医療機関等物価高騰緊急対策支援金交付要綱第 3 条に規定する交付対象期間である令和 6 年 10 月 1 日から翌年 3 月 31 日までにおいて、継続して事業を実施していた。
	交付対象期間において、物価高騰等の影響による食費又は光熱費の支援を目的とした他の補助金等の交付を受けていない。

4 連絡先

医療機関等所在地	
担当部署	
担当者職・氏名	
連絡先電話番号	
e メールアドレス	

東京都知事 殿

(医療機関等名称)

(所在地)

(代表者)

印

令和6年度東京都医療機関等物価高騰緊急対策事業支援金実績報告書
(無床診療所、歯科診療所、無床助産所用)

東京都医療機関等物価高騰緊急対策事業支援金として、下記のとおり実績について報告します。

記

1 区分

2 実績報告額 金 150,000 円

3 誓約・確認事項

	東京都医療機関等物価高騰緊急対策支援金実施要綱第3条に規定する交付対象者である。
	東京都医療機関等物価高騰緊急対策支援金交付要綱第3条に規定する交付対象期間である令和6年10月1日から翌年3月31日までにおいて、継続して事業を実施していた。
	交付対象期間において、物価高騰等の影響による食費又は光熱費の支援を目的とした他の補助金等の交付を受けていない。

4 支払金口座振替依頼

東京都から私に支給される東京都医療機関等物価高騰緊急対策支援金は下記の口座に口座振替の方法をもって振り込んでください。

振込先金融機関		
金融機関コード		
口振 座込	預金種別	
	口座番号	
	フリガナ	
	氏名	

5 連絡先

医療機関等所在地	
担当部署	
担当者職・氏名	
連絡先電話番号	
eメールアドレス	

東京都知事 殿

(医療機関等名称)

(所在地)

(代表者)

印

令和6年度東京都医療機関等物価高騰緊急対策事業支援金実績報告書
(施術所・歯科技工所用)

東京都医療機関等物価高騰緊急対策事業支援金として、下記のとおり実績について報告します。

記

1 区分

2 実績報告額 金 75,000 円

3 誓約・確認事項

	東京都医療機関等物価高騰緊急対策支援金実施要綱第3条に規定する交付対象者である。歯科技工所については、東京都医療機関等物価高騰緊急対策支援金交付要綱第3条に規定する交付対象期間である令和6年10月1日から翌年3月31日までにおいて、保険診療に係る案件を歯科医師に納品した実績がある。
	令和6年10月1日から翌年3月31日までにおいて、継続して事業を実施していた。
	交付対象期間において、物価高騰等の影響による食費又は光熱費の支援を目的とした他の補助金等の交付を受けていない。

4 支払金口座振替依頼

東京都から私に支給される東京都医療機関等物価高騰緊急対策支援金は下記の口座に口座振替の方法をもって振り込んでください。

振込先金融機関		
金融機関コード		
口座振 込先	預金種別	
	口座番号	
	フリガナ	
	氏名	

5 連絡先

医療機関等所在地	
担当部署	
担当者職・氏名	
連絡先電話番号	
eメールアドレス	

精 算 報 告 書

概算払済額計 _____円

補助金確定額 _____円

精算払請求額 _____円

ただし、令和 6 年度東京都医療機関物価高騰緊急対策支援金として、上記金額を精算します。

年 月 日

東 京 都 知 事 殿

(医療機関名)

(所在地)

(代表者)

印

(代表者連絡先)

医療機関所在地	
担当部署	
担当者職・氏名	
連絡先電話番号	
e メールアドレス	