

伊勢原市休日夜間急患診療所等医療体制確保支援臨時給付金交付要綱
(趣旨)

第1条 この要綱は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、大きな影響を受けている休日夜間急患診療所等の事業継続を支えることを目的に、予算の範囲内において伊勢原市休日夜間急患診療所等医療体制確保支援臨時給付金(以下「給付金」という。)を支給することについて、伊勢原市補助金等の交付規則(昭和55年伊勢原市規則第19号。以下「規則」という。)に規定するもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱における「休日夜間急患診療所等」とは、次に掲げる診療所等をいう。

- (1) 伊勢原市休日夜間急患診療所
- (2) 伊勢原市休日夜間薬局
- (3) 伊勢原市休日歯科診療所

(支給対象者)

第3条 給付金の支給の対象となる者(以下「支給対象者」という。)は、休日夜間急患診療所等を運営している者であって、次に掲げるものとする。

- (1) 一般社団法人秦野伊勢原医師会
- (2) 一般社団法人伊勢原市薬剤師会
- (3) 一般社団法人秦野伊勢原歯科医師会

(支給の要件等)

第4条 給付金は、支給対象者の令和3年度の診療報酬の総額が令和元年度比で60パーセント以上の減少となった場合に、当該減少した額の30パーセント以内を予算の範囲内で支給する。

(支給の申請)

第5条 給付金の支給の申請をする者(以下「申請者」という。)は、伊勢原市休日夜間急患診療所等医療体制確保支援臨時給付金支給申請書(第1号様式。以下「申請書」という。)に次に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

- (1) 診療報酬収入減比較表
- (2) 給付金の振込先が確認できる書類
- (3) その他市長が必要と認める書類

(支給の決定)

第6条 市長は、前条の申請書の提出があったときは、その内容を審査し、給付金を支給すべきと認めたときは、伊勢原市夜間急患診療所等医療体制支援臨時給付金支給決定通知書(第2号様式)により、申請者へ通知するものとする。

(給付金の支給)

第7条 前条の決定により給付金の支給を受けようとするときは、伊勢原市休日夜間急患診療所等医療体制確保支援臨時給付金支給請求書(第3号様式)に伊勢原市休日夜間急患診療所等医療体制確保支援臨時給付金支給決定通知書の写しを添えて、市長に提出しなければならない。

(給付金の返還)

第8条 市長は、給付金の支給を受けた者が次の各号のいずれかに該当するときは、給付金の返還を命ずることができる。

- (1) 偽りその他不正の手段により給付金の支給を受けたとき。
- (2) 給付金の申請に関する誓約事項に違反したとき。
- (3) 前各号に掲げるもののほか、市長が給付金の支給を不相当と認めたとき。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則 (令和4年3月10日告示第25号)

この告示は、令和4年3月11日から施行する。

第 1 号様式（第 5 条関係）

伊勢原市休日夜間急患診療所等医療体制確保支援臨時
給付金支給申請書

令和 年 月 日

伊勢原市長 殿

住所又は
所在地

申請者名称及び
代表者氏名

印

伊勢原市休日夜間急患診療所等医療体制確保支援臨時給付金の交付
を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

支給申請額

円

（注）診療報酬収入減比較表及び団体の収支決算（見込み）並びに振
込先が確認できる書類を添付してください。

伊勢原市指令（ ）第 号

伊勢原市休日夜間急患診療所等医療体制確保支援臨時
給付金支給決定通知書

住所又は
所在地

申請者名称及び
代表者氏名

令和 年 月 日付けで申請のありました伊勢原市休日夜間急患診療所等医療体制確保支援臨時給付金については、伊勢原市補助金等の交付規則第6条の規定に基づいて、次のとおり決定しましたので通知します。

令和 年 月 日

伊勢原市長 高山 松太郎

印

1 給付金支給決定額 円

2 支給条件

伊勢原市補助金等の交付規則第7条により、次の条件を付与する。

（1）給付の目的に反するときは、給付金等の全部又は一部の返還を命ずる。

（2）給付金の支給は、一括支給することとする。

（事務担当は、健康づくり課）

第3号様式（第7条関係）

伊勢原市休日夜間急患診療所等医療体制確保支援臨時
給付金支給請求書

令和 年 月 日

伊勢原市長 殿

住所又は
所在地

申請者名称及び
代表者氏名

印

支給決定のありました伊勢原市休日夜間急患診療所等医療体制確保
支援臨時給付金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

- | | | |
|---|---------|---|
| 1 | 支給決定通知額 | 円 |
| 2 | 既支給額 | 円 |
| 3 | 今回支給請求額 | 円 |
| 4 | 未支給額 | 円 |
| 5 | 添付書類 | |

伊勢原市休日夜間急患診療所等医療体制確保支援臨時給付金支給
決定通知書の写し