

横浜市二次救急拠点病院事業実施要綱

制 定 平成 22 年 5 月 24 日（副市長決裁）

最近改正 令和 年 月 日（副市長決裁）

（目的）

第 1 条 この要綱は、横浜市が指定する二次救急の拠点病院（以下「二次救急拠点病院」という。）に関する事業を定め、横浜市の二次救急医療等の充実を図ることを目的とする。

2 二次救急拠点病院に関する補助金の交付については、横浜市補助金等の交付に関する規則（平成 17 年 11 月横浜市規則第 139 号。以下「補助金規則」という。）に定めるもののほか、この要綱に定めるところによる。

（用語の定義）

第 2 条 この要綱における用語の意義は、補助金規則の例による。

2 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号の定めるところによる。

- （1）二次救急拠点病院 A 及び二次救急拠点病院 B とは、別表 1 の機能基準を満たす病院をいう。
- （2）夜間（準夜帯）とは、当該医療機関の診療時間終了後から午前 0 時までの時間帯をいう。
- （3）夜間（深夜帯）とは、午前 0 時から当該医療機関の診療開始時間までをいう。
- （4）休日昼間とは、当該医療機関の休診日で、夜間（準夜帯及び深夜帯）を除いた時間帯をいう。
- （5）搬送困難事案とは、救急搬送時における搬送先医療機関の選定にあたり、5 回以上受入照会を要する事案をいう。

（事業内容）

第 3 条 横浜市医療局（以下「横浜市」という。）は、別表 1 の機能基準を満たす病院を二次救急拠点病院として位置づけ、次の各号に掲げる医療提供体制の充実を図る。

- （1）24 時間 365 日の内科及び外科の二次救急医療体制
- （2）毎夜間深夜帯における内科の初期救急医療体制（二次救急拠点病院 B のみ。）

（参加申込）

第 4 条 この事業に参加する病院は、横浜市二次救急拠点病院事業参加申込書（第 1 号様式。以下「参加申込書」という。）を市長に提出し、あらかじめ市長の承認を受けなければならない。なお、継続して参加する場合においても、年度ごとに提出することとする。

2 前項の参加申込書には、次に掲げる書類を添付しなければならない。

- （1）二次救急拠点病院 A にあつては、横浜市二次救急拠点病院 A 事業計画書（第 2 号様式－1）
- （2）二次救急拠点病院 B にあつては、横浜市二次救急拠点病院 B 事業計画書（第 2 号様式－2）

3 この事業に参加する病院は、市長が必要と認める場合には、第 12 条に定める実績報告書に準ずる形式及び内容の報告書を提出しなければならない。

(補助金の交付対象)

第5条 横浜市は、県及び市（「公立大学法人横浜市立大学」を含まない。）が開設する病院を除く二次救急拠点病院に対し、その予算の範囲内で、次の各号に掲げる経費を補助するものとする。ただし、国内消費税及び地方消費税相当額は補助対象外とする。

- (1) 24時間365日の内科及び外科の二次救急医療を実施するための体制確保に係る人件費、空床確保費等
- (2) 救急患者受入実績に応じた奨励費（申請年の1月から12月の横浜市消防局による救急患者搬送人員に応じた補助）
- (3) 毎夜間深夜帯における内科の初期救急医療を実施するための体制確保に係る人件費（拠点病院Bのみ。）

2 前項の規定にかかわらず、交際費、慶弔費、懇親会費、直接事業と関連のない視察・研修費・食糧費等、客観的益上必要性が高いとはいえない経費については、本補助金の対象外とする。

(補助金の交付額及び交付時期)

第6条 前条第1項各号に係る補助金の額は、別表2のとおりとし、年度終了後に一括払いとする。

なお、各医療機関からの申請額が、予算額を超える場合には必要な調整を行うものとする。

(交付申請)

第7条 補助金規則第5条第1項の規定により市長の定める補助金交付申請書の提出期限は、毎年2月又は3月のうち市長が指定する期日とする。なお、やむを得ない理由があるときは、その理由を付して、申請期日後に申請することができる。

2 補助金規則第5条第1項の規定により補助金の交付を受けようとする者が提出する書類は、次の各号に定める様式を用いるものとする。

- (1) 二次救急拠点病院Aにあつては、横浜市二次救急拠点病院A体制確保に係る補助金交付申請書（第3号様式-1）
- (2) 二次救急拠点病院Bにあつては、横浜市二次救急拠点病院B体制確保に係る補助金交付申請書（第3号様式-2）

3 補助金規則第5条第1項第5号の規定により市長が必要と認める補助金交付申請書への記載事項は、施設名（病院名）とする。

4 補助金規則第5条第2項第1号の規定により、補助金の交付を受けようとする者が提出する事業計画書は、次の各号に定める様式を用いるものとする。

- (1) 二次救急拠点病院Aにあつては、横浜市二次救急拠点病院A事業計画書（第4号様式-1）
- (2) 二次救急拠点病院Bにあつては、横浜市二次救急拠点病院B事業計画書（第4号様式-2）

5 補助金規則第5条第2項第5号の規定により市長が必要と認める添付書類は、内科、外科及び救急科医師名簿とする。

6 補助金規則第5条第3項の規定により、市長が補助金交付申請書への記載又は添付を省略させることができる事項及び書類は、補助金規則第5条第1項第3号に規定する事項並

びに第5条第2項第2号から第4号に規定する書類とする。

(事業変更・中止・廃止申請)

第8条 前条第2項に規定する交付申請書及び第4項に規定する事業計画書(交付申請を行っていない病院にあつては第4条第2項に規定する事業計画書)の内容を変更、又は参加を辞退又は休止しようとするときには、時期及び理由を記載した横浜市二次救急拠点病院事業変更・中止・廃止申請書(第5号様式。以下「変更申請書」という。)を市長に提出し、あらかじめ市長の承認を受けなければならない。

2 事業計画書の内容を変更する場合は、前項の変更申請書に次に掲げる書類を添付しなければならない。

(1) 二次救急拠点病院Aにあつては、横浜市二次救急拠点病院A変更事業計画書(第6号様式-1)

(2) 二次救急拠点病院Bにあつては、横浜市二次救急拠点病院B変更事業計画書(第6号様式-2)

(交付決定通知)

第9条 補助金規則第8条の規定による補助金交付決定通知書は、次の各号に定める様式を用いるものとする。

(1) 二次救急拠点病院Aにあつては、横浜市二次救急拠点病院A体制確保に係る補助金交付決定通知書(第7号様式-1-1)(第7号様式-1-2)

(2) 二次救急拠点病院Bにあつては、横浜市二次救急拠点病院B体制確保に係る補助金交付決定通知書(第7号様式-2-1)(第7号様式-2-2)

(変更交付決定通知)

第10条 前条の規定により補助金交付決定を受けた後、第8条第1項の規定による変更申請書を受け、変更交付決定を行う場合は、次の各号に定める様式を用いるものとする。

(1) 二次救急拠点病院Aにあつては、横浜市二次救急拠点病院A体制確保に係る補助金変更交付決定通知書(第7号様式-1-3)(第7号様式-1-4)

(2) 二次救急拠点病院Bにあつては、横浜市二次救急拠点病院B体制確保に係る補助金変更交付決定通知書(第7号様式-2-3)(第7号様式-2-4)

(申請の取下げの期日)

第11条 補助金規則第9条第1項の規定により市長が定める補助金交付申請の取下げの期日は、申請者が決定通知書の交付を受けた日の翌日から起算して10日後の日とする。

(実績報告)

第12条 補助金規則第14条第1項の規定により補助事業者等が行う市長への報告に用いる書類は、次の各号に定める様式を用いるものとし、事業終了後の翌月10日までに提出しなければならない。

(1) 二次救急拠点病院Aにあつては、横浜市二次救急拠点病院A事業実績報告書(第8号様式-1)

(2) 二次救急拠点病院Bにあつては、横浜市二次救急拠点病院B事業実績報告書(第8号様式-2)

2 補助金規則第14条第4項の規定により市長が実績報告書への添付を省略させることができる書類は、補助金規則第14条第1項第2号及び第3号に定める書類とする。

3 第1項及び前条第1項の規定は、補助金の交付を受けない二次救急拠点病院に準用する。
(補助金額の確定通知)

第13条 補助金規則15条の規定による補助金額確定の通知は、次の各号に定める様式を用いるものとする。

- (1) 二次救急拠点病院Aにあつては、横浜市二次救急拠点病院A体制確保に係る補助金確定通知書(第9号様式-1)
- (2) 二次救急拠点病院Bにあつては、横浜市二次救急拠点病院B体制確保に係る補助金確定通知書(第9号様式-2)

(補助金交付の請求)

第14条 補助金規則第18条第1項の規定による補助金の交付の請求は、次の各号に定める様式を用いるものとする。

- (1) 二次救急拠点病院Aにあつては、横浜市二次救急拠点病院A体制確保に係る補助金請求書(第10号様式-1)
- (2) 二次救急拠点病院Bにあつては、横浜市二次救急拠点病院B体制確保に係る補助金請求書(第10号様式-3)

(補助金交付の時期の例外)

第15条 補助金は補助金規則第17条ただし書の規定により事業完了前に交付することができる。

2 前項の規定による補助金の交付の請求は、次の各号に定める様式を用いることとし、補助金の交付は、四半期ごとに前金払いの方法によるものとする。

- (1) 二次救急拠点病院Aにあつては、横浜市二次救急拠点病院A体制確保に係る補助金請求書(第10号様式-2)
- (2) 二次救急拠点病院Bにあつては、横浜市二次救急拠点病院B体制確保に係る補助金請求書(第10号様式-4)

3 申請者は、補助金の前払いを受けようとする場合は、第7条の規定による交付申請に加え、前払いを必要とする理由、収支予算及び資金計画を記載した書類を添付するものとする。

(補助金の返還)

第16条 補助金規則第20条第1項及び第2項の規定による補助金等の返還の命令は、発付の日から10日以内の期限を指定して、納入通知書により行うものとする。

(入札又は見積書の徴収)

第17条 本要綱に定める補助金に係る契約は、補助金規則第24条ただし書きの規定により市長が契約の性質上これらの方法による必要がないと認めるものとする。

(関係書類の保存期間)

第18条 補助金規則第26条の規定により市長が定める関係書類の保存期間は、5年とする。

(委任)

第19条 この要綱に定めるもののほか、実施に関し必要な事項は、医療局長が定める。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成22年5月24日から施行し、平成22年4月1日から適用する。

附 則

(施行期日)

第1条 この要綱は、平成23年5月18日から施行し、平成23年4月1日から適用する。

(特例措置)

第2条 別表1 二次救急拠点病院Bの項人員・体制の欄中「①同左」については、前条に定める施行の日から平成24年3月31日までの間、「①毎夜間・休日に、もっぱら内科の外来救急患者（救急車による搬送患者を含む。）の診療にあたる医師1名に加えて、内科及び外科各1名以上の医師体制が確保されていること。ただし、平成22年に1,000件以上の救急患者受入実績がある輪番病院については、内科及び外科各1名以上の医師体制は、内科及び外科のうち、いずれか一方の診療科に限り、緊急呼出体制も可とする。」とする。

附 則

(施行期日)

第1条 この要綱は、平成24年3月22日から施行し、平成24年4月1日から適用する。

(特例措置)

第2条 別表1 二次救急拠点病院Bの項人員・体制の欄中「①同左」については、前条に定める施行の日から平成25年3月31日までの間、「①毎夜間・休日に、もっぱら内科の外来救急患者（救急車による搬送患者を含む。）の診療にあたる医師1名に加えて、内科及び外科各1名以上の医師体制が確保されていること。ただし、平成23年に1,000件以上の救急患者受入実績がある二次救急拠点病院B及び輪番病院については、内科及び外科各1名以上の医師体制は、内科及び外科のうち、いずれか一方の診療科に限り、緊急呼出体制も可とする。」とする。

附 則

(施行期日)

第1条 この要綱は、平成25年4月1日から施行し、この要綱による改正後の横浜市二次救急拠点病院事業実施要綱の規定は、平成25年度の予算に係る補助金等から適用する。

(特例措置)

第2条 別表1 二次救急拠点病院Bの項人員・体制の欄中「①同左」については、前条に定める施行の日から平成26年3月31日までの間、「①毎夜間・休日に、もっぱら内科の外来救急患者（救急車による搬送患者を含む。）の診療にあたる医師1名に加えて、内科及び外科各1名以上の医師体制が確保されていること。ただし、平成24年に1,000件以上の救急患者受入実績がある二次救急拠点病院B及び輪番病院については、内科及び外科各1名以上の医師体制は、内科及び外科のうち、いずれか一方の診療科に限り、緊急呼出体制も可とする。」とする。

附 則

(施行期日)

第1条 この要綱は、平成26年4月1日から施行し、この要綱による改正後の横浜市二次救急拠点病院事業実施要綱の規定は、平成26年度の予算に係る補助金等から適用する。

附 則

(施行期日)

第1条 この要綱は、平成27年4月1日から施行し、この要綱による改正後の横浜市二次救急拠点病院事業実施要綱の規定は、平成27年度の予算に係る補助金等から適用する。

附 則

(施行期日)

第1条 この要綱は、令和2年4月1日から施行し、この要綱による改正後の横浜市二次救急拠点病院事業実施要綱の規定は、令和2年度の予算に係る補助金等から適用する。

附 則

(施行期日)

第1条 この要綱は、令和2年8月25日から施行し、この要綱による改正後の横浜市二次救急拠点病院事業実施要綱の規定は、令和2年度の予算に係る補助金等から適用する。

附 則

(施行期日)

第1条 この要綱は、令和3年2月10日から施行し、この要綱による改正後の横浜市二次救急拠点病院事業実施要綱の規定は、令和3年度の予算に係る補助金等から適用する。

附 則

(施行期日)

第1条 この要綱は、令和3年9月20日から施行し、この要綱による改正後の横浜市二次救急拠点病院事業実施要綱の規定は、施行日から適用する。

附 則

(施行期日)

第1条 この要綱は、令和4年1月28日から施行し、この要綱による改正後の横浜市二次救急拠点病院事業実施要綱の規定は、令和4年度の予算に係る補助金等から適用する。

附 則

(施行期日)

第1条 この要綱は、令和5年3月20日から施行し、この要綱による改正後の横浜市二次救急拠点病院事業実施要綱の規定は、令和5年度の予算に係る補助金等から適用する。

附 則

(施行期日)

第1条 この要綱は、令和7年4月1日から施行し、この要綱による改正後の横浜市二次救急拠点病院事業実施要綱の規定は、令和7年度の予算に係る補助金等から適用する。

附 則

(施行期日)

第1条 この要綱は、令和8年4月1日から施行し、この要綱による改正後の横浜市二次救急拠点病院事業実施要綱の規定は、令和8年度の予算に係る補助金等から適用する。

(別表1)

○二次救急拠点病院の機能基準

基準	二次救急拠点病院A	二次救急拠点病院B
位置づけ	<p>①毎夜間・休日に、内科・外科の比較的重症度の高い患者(中等症以上)を中心に受け入れる。</p> <p>②搬送困難事案を受け入れる。</p>	<p>①毎夜間・休日に、内科・外科の比較的重症度の低い患者(中等症以下)を中心に受け入れる。</p> <p>②同左</p> <p>③毎夜間深夜帯において、内科の初期救急患者を受け入れる。</p>
人員・体制	<p>①毎夜間・休日に、もっぱら内科の外来救急患者(救急車による搬送患者を含む。)の診療にあたる医師1名に加えて、内科及び外科各1名以上の医師体制が確保されていること。</p> <p>②外科については、一般外科医師又は消化器外科医師による対応が可能な体制をとること。ただし、一般外科医師又は消化器外科医師による当直体制がとれない場合は、外科系医師が当直した上で、一般外科医師又は消化器外科医師による緊急呼出体制をとること。</p> <p>③内科及び外科を標榜し、夜間・休日に入院した患者の診療を、翌診療日に当該各科の常勤医師に引き継ぐことのできる体制を有すること。</p> <p>④毎夜間・休日に、救急患者の診療に必要な薬剤師、看護師、臨床検査技師、診療放射線技師及び事務職員等を適正数配置するとともに、応援医師及び応援看護師等について、緊急呼出体制がとられていること。</p>	<p>①同左</p> <p>②同左</p> <p>③同左</p> <p>④同左</p>
病床	<p>①内科及び外科の病床、救急専用病床(概ね8床以上)並びに集中治療室を有しており、毎夜間・休日に入院患者を受け入れるための空床の確保が概ね3床以上可能なこと。</p>	<p>①内科及び外科の病床を有しており、毎夜間・休日に入院患者を受け入れるための空床の確保が概ね3床以上可能なこと。</p>
検査・処置	<p>①毎夜間・休日に、尿検査、血算・血沈検査、生化学検査、心電図検査、腹部超音波検査、エックス線検査(CT検査を含む。)等の緊急検査が可能なこと。</p> <p>②消化管内視鏡検査及び処置が可能な体制確保に努めること。なお、情報は横浜市救急医療情報システム(YMIS)に入力すること。</p>	<p>①毎夜間・休日に、尿検査、血算・血沈検査、生化学検査、心電図検査、腹部超音波検査、エックス線検査等の緊急検査が可能なこと。</p> <p>②同左</p>
手術	<p>①毎夜間・休日に、麻酔科医師及び外科応援医師等の緊急呼出体制がとられており、全身麻酔下における緊急開腹手術が可能なこと。</p>	<p>①同左</p>
その他	<p>①毎夜間・休日に、内科、外科、その他当直医師等の専門分野に関する情報(消化管内視鏡検査及び処置の情報を含む。)を、消防局司令センター等に提供し、当該分野の救急患者の受入に協力できること。なお、情報は神奈川県救急医療情報システム及び横浜市救急医療情報システム(YMIS)に入力すること。</p> <p>②消防局司令センターに指導医を派遣し、心肺停止患者の緊急受入に協力できること。</p> <p>③重症以上の救急車搬送患者の受入実績が、一定数以上あること。</p>	<p>①毎夜間・休日に、内科、外科、その他当直医師等の専門分野に関する情報を、消防局司令センター等に提供し、当該分野の救急患者の受入に協力できること。なお、情報は神奈川県救急医療情報システム及び横浜市救急医療情報システム(YMIS)に入力すること。</p>

(別表2)

○補助金交付額

単位：円

二次救急拠点病院	体制確保費		救急患者受入実績加算 ^{※1}	
	区分	補助単価	受入件数	補助単価
	A	10,000,000	7,000件以上	8,000,000
	B ^{※2}	8,000,000	6,500件以上	7,750,000
			6,000件以上	7,500,000
			5,500件以上	7,250,000
			5,000件以上	7,000,000
			4,500件以上	6,250,000
			4,000件以上	5,500,000
			3,500件以上	4,750,000
			3,000件以上	4,000,000
			2,500件以上	3,250,000
			2,000件以上	2,500,000
			1,500件以上	1,750,000
			1,000件以上	1,000,000
			1,000件未満	0

この事業に年度途中で参加、参加を辞退、又は休止した場合の補助金の交付額は、別表2の合計の補助額を12で除した額に参加月数を乗じて得た額を交付する。(1,000円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。)

- ※1 救急患者受入実績は、申請年の1月から12月までの夜間・休日の受入実績(横浜市消防局医療機関別程度別搬送人員による)とする。
 なお、夜間の時間帯は、午後5時から翌日午前9時まで、休日の時間帯は、日曜日、国民の祝日に関する法律(昭和23年法律第178号)第3条に規定する休日及び年末年始(12月30日から1月3日まで)の午前9時から午後5時までとする。
 また、受入件数が「1,500件以上」、「1,000件以上」の区分は二次救急拠点病院Bのみ適用。
- ※2 申請年の前年の1月から12月の横浜市消防局による夜間・休日の救急患者搬送人員が、1,000件以上の受入実績がある二次救急拠点病院B及び輪番病院については、別表1基準「人員・体制」欄中の①同左における、「内科及び外科各1名以上の医師体制」については、内科及び外科のうち、いずれか一方の診療科に限り、緊急呼出体制も可とする。ただし、その場合は体制確保費を7,000,000円とする。
 なお、7,000,000円を四半期ごとに支払う場合、第1～3四半期は2,000,000円とし、第4四半期に1,000,000円支払うものとする。

年度 横浜市二次救急拠点病院事業参加申込書

年 月 日

（申込先）
横浜市長

法人所在地
法人名
代表者名

横浜市二次救急拠点病院事業について、次のとおり関係書類を添えて参加を申込みます。

1 施設名（病院名）

2 参加を希望する体制 A・B （希望する体制に○をしてください。）

3 事業計画書 別添のとおり

横浜市長

法人所在地
 法人名
 代表者名
 記入担当者氏名
 電話番号

横浜市二次救急拠点病院 A 事業計画書

1 事業内容

(1)施設名(病院名)

(2)上記施設において、全日、常時二次救急医療に応需します。

2 当番日診療体制

(1)夜間

	基準	夜間
医 師	3	人
(うち内科又は救急科)	2	人
(うち外科)	1	人
応援医師 ※緊急呼出体制可	—	人
(うち内科応援医師)	—	人
(うち外科応援医師)	—	人
(うち麻酔科応援医師)	—	人
その他	—	人
看 護 師	—	人
応援看護師 ※緊急呼出体制可	—	人
薬 剤 師	—	人
臨床検査技師	—	人
診療放射線技師	—	人
事務職員	—	人
確保ベッド数(概ね)	3	床

(2)休日昼間

	基準	休日昼間
医 師	3	人
(うち内科又は救急科)	2	人
(うち外科)	1	人
応援医師 ※緊急呼出体制可	—	人
(うち内科応援医師)	—	人
(うち外科応援医師)	—	人
(うち麻酔科応援医師)	—	人
その他	—	人
看 護 師	—	人
応援看護師 ※緊急呼出体制可	—	人
薬 剤 師	—	人
臨床検査技師	—	人
診療放射線技師	—	人
事務職員	—	人
確保ベッド数(概ね)	3	床

3 職員数等

(1)常勤医師名簿

氏名	臨床 経験 年数	診療科目(該当科目に○印)		
		内科	外科	救急科
計		人	人	人

※医師の人数が多い場合は別紙を利用してください。

(2)病院全体の職員数

※既存の職種別職員数一覧等がある場合は、添付に代えることも可。

区分	職員数	
	常勤	非常勤
医師		
看護師(注)		
薬剤師		
臨床検査技師		
診療放射線技師		
事務職員		
その他		

(注)看護師には、保健師、助産師及び准看護師を含む(看護補助者を除く)

4 臨床検査等の実施の可否

尿検査	可・否	
血算・血沈検査	可・否	
生化学検査	可・否	
心電図検査	可・否	
腹部超音波検査	可・否	
X線検査	可・否	
CT検査	可・否	
緊急開腹手術	可・否	※参加基準を参照のこと
消化管内視鏡検査及び処置	可・否	※参加基準を参照のこと

5 病床数

許可病床数	床
(うち一般病床数)	床
(うち療養病床数)	床

診療科病床数(稼働病床数)	
内科	床
外科	床
救急専用病床	床

集中治療室	
ICU	床
CCU	床

6 当院の外来診療受付時間、診療時間、休診日

受付時間	午前 時 分 ~ 午後 時 分
診療時間	午前 時 分 ~ 午後 時 分
休診日	曜日、 月 日

年 月 日

横浜市長

法人所在地
 法人名
 代表者名
 記入担当者氏名
 電話番号

横浜市二次救急拠点病院 B 事業計画書

1 事業内容

- (1)施設名(病院名)
- (2)上記施設において、全日、常時二次救急医療に応需します。
- (3)上記施設において、毎夜間深夜帯、内科初期救急医療に応需します。

2 当番日診療体制

(1)夜間

	基準	夜間
医師	3	人
(うち内科又は救急科)	2	人
(うち外科)	1	人
応援医師 ※緊急呼出体制可	—	人
(うち内科応援医師)	—	人
(うち外科応援医師)	—	人
(うち麻酔科応援医師)	—	人
その他	—	人
看護師	—	人
応援看護師 ※緊急呼出体制可	—	人
薬剤師	—	人
臨床検査技師	—	人
診療放射線技師	—	人
事務職員	—	人
確保ベッド数(概ね)	3	床

(2)休日昼間

	基準	休日昼間
医師	3	人
(うち内科又は救急科)	2	人
(うち外科)	1	人
応援医師 ※緊急呼出体制可	—	人
(うち内科応援医師)	—	人
(うち外科応援医師)	—	人
(うち麻酔科応援医師)	—	人
その他	—	人
看護師	—	人
応援看護師 ※緊急呼出体制可	—	人
薬剤師	—	人
臨床検査技師	—	人
診療放射線技師	—	人
事務職員	—	人
確保ベッド数(概ね)	3	床

3 職員数等

(1)常勤医師名簿

氏名	臨床 経験 年数	診療科目(該当科目に○印)		
		内科	外科	救急科
計		人	人	人

※医師の人数が多い場合は別紙を利用してください。

(2)病院全体の職員数

※既存の職種別職員数一覧等がある場合は、添付に代えることも可。

区分	職員数	
	常勤	非常勤
医師		
看護師(注)		
薬剤師		
臨床検査技師		
診療放射線技師		
事務職員		
その他		

(注)看護師には、保健師、助産師及び准看護師を含む(看護補助者を除く)

4 臨床検査等の実施の可否

尿検査	可・否
血算・血沈検査	可・否
生化学検査	可・否
心電図検査	可・否
腹部超音波検査	可・否
X線検査	可・否
緊急開腹手術	可・否
消化管内視鏡検査及び処置	可・否

※参加基準を参照のこと

※参加基準を参照のこと

5 病床数

許可病床数	床
(うち一般病床数)	床
(うち療養病床数)	床

診療科病床数(稼働病床数)	
内科	床
外科	床
救急専用病床	床

※ある場合

6 当院の外来診療受付時間、診療時間、休診日

受付時間	午前 時 分 ~ 午後 時 分
診療時間	午前 時 分 ~ 午後 時 分
休診日	曜日、 月 日

(申請先)
横浜市長

法人所在地
法人名
代表者名

年度 横浜市二次救急拠点病院A体制確保に係る補助金交付申請書

横浜市二次救急拠点病院A体制確保に係る補助金について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて申請します。なお、補助金の交付を受けるにあたっては、横浜市補助金等の交付に関する規則(平成17年11月30日横浜市規則第139号)及び横浜市二次救急拠点病院事業実施要綱を遵守します。

- 1 施設名(病院名) _____
- 2 補助の対象(国内消費税及び地方消費税相当額は補助対象外)
 - (1) 24時間365日の内科及び外科の二次救急医療を実施するための体制確保に係る人件費、空床確保費等
 - (2) 救急患者受入実績に応じた奨励費(申請年の1月から12月の横浜市消防局による救急患者搬送人員に応じた補助)
- 3 申請額 _____円
《内訳》
 - (1) 二次救急拠点病院体制確保費 _____円
 - (2) 救急患者受入実績に応じた奨励費
_____円：受入件数_____件(以上・未満)
- 4 事業計画書 別添のとおり

(申請先)
横浜市長

法人所在地
法人名
代表者名

年度 横浜市二次救急拠点病院B体制確保に係る補助金交付申請書

横浜市二次救急拠点病院B体制確保に係る補助金について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて申請します。なお、補助金の交付を受けるにあたっては、横浜市補助金等の交付に関する規則(平成17年11月30日横浜市規則第139号)及び横浜市二次救急拠点病院事業実施要綱を遵守します。

1 施設名(病院名) _____

2 補助の対象(国内消費税及び地方消費税相当額は補助対象外)

- (1) 24時間365日の内科及び外科の二次救急医療を実施するための体制確保に係る人件費、空床確保費等
- (2) 救急患者受入実績に応じた奨励費(申請年の1月から12月の横浜市消防局による救急患者搬送人員に応じた補助)
- (3) 毎夜間深夜帯における内科の初期救急医療を実施するための体制確保に係る人件費

3 申請額 _____円

《内訳》

(1) 二次救急拠点病院体制確保費 _____円

(2) 救急患者受入実績に応じた奨励費

_____円：受入件数_____件(以上・未満)

4 事業計画書 別添のとおり

横浜市長

法人所在地
 法人名
 代表者名
 記入担当者氏名
 電話番号

横浜市二次救急拠点病院 A 事業計画書

1 事業内容

(1)施設名(病院名)

(2)上記施設において、全日、常時二次救急医療に応需します。

2 当番日診療体制

(1)夜間

	基準	夜間
医 師	3	人
(うち内科又は救急科)	2	人
(うち外科)	1	人
応援医師 ※緊急呼出体制可	—	人
(うち内科応援医師)	—	人
(うち外科応援医師)	—	人
(うち麻酔科応援医師)	—	人
その他	—	人
看 護 師	—	人
応援看護師 ※緊急呼出体制可	—	人
薬 剤 師	—	人
臨床検査技師	—	人
診療放射線技師	—	人
事務職員	—	人
確保ベッド数(概ね)	3	床

(2)休日昼間

	基準	休日昼間
医 師	3	人
(うち内科又は救急科)	2	人
(うち外科)	1	人
応援医師 ※緊急呼出体制可	—	人
(うち内科応援医師)	—	人
(うち外科応援医師)	—	人
(うち麻酔科応援医師)	—	人
その他	—	人
看 護 師	—	人
応援看護師 ※緊急呼出体制可	—	人
薬 剤 師	—	人
臨床検査技師	—	人
診療放射線技師	—	人
事務職員	—	人
確保ベッド数(概ね)	3	床

3 職員数等

(1)常勤医師名簿

氏名	臨床 経験 年数	診療科目(該当科目に○印)		
		内科	外科	救急科
計		人	人	人

※医師の人数が多い場合は別紙を利用してください。

(2)病院全体の職員数

※既存の職種別職員数一覧等がある場合は、添付に代えることも可。

区分	職員数	
	常勤	非常勤
医師		
看護師(注)		
薬剤師		
臨床検査技師		
診療放射線技師		
事務職員		
その他		

(注)看護師には、保健師、助産師及び准看護師を含む(看護補助者を除く)

4 臨床検査等の実施の可否

尿検査	可・否	
血算・血沈検査	可・否	
生化学検査	可・否	
心電図検査	可・否	
腹部超音波検査	可・否	
X線検査	可・否	
CT検査	可・否	
緊急開腹手術	可・否	※参加基準を参照のこと
消化管内視鏡検査及び処置	可・否	※参加基準を参照のこと

5 病床数

許可病床数	床
(うち一般病床数)	床
(うち療養病床数)	床

診療科病床数(稼動病床数)	
内科	床
外科	床
救急専用病床	床

集中治療室	
ICU	床
CCU	床

6 当院の外来診療受付時間、診療時間、休診日

受付時間	午前 時 分 ~ 午後 時 分
診療時間	午前 時 分 ~ 午後 時 分
休診日	曜日、 月 日

年 月 日

横浜市長

法人所在地
法人名
代表者名
記入担当者氏名
電話番号

横浜市二次救急拠点病院 B 事業計画書

1 事業内容

(1)施設名(病院名)

(2)上記施設において、全日、常時二次救急医療に応需します。

(3)上記施設において、毎夜間深夜帯、内科初期救急医療に応需します。

2 当番日診療体制

(1)夜間

	基準	夜間
医師	3	人
(うち内科又は救急科)	2	人
(うち外科)	1	人
応援医師 ※緊急呼出体制可	—	人
(うち内科応援医師)	—	人
(うち外科応援医師)	—	人
(うち麻酔科応援医師)	—	人
その他	—	人
看護師	—	人
応援看護師 ※緊急呼出体制可	—	人
薬剤師	—	人
臨床検査技師	—	人
診療放射線技師	—	人
事務職員	—	人
確保ベッド数(概ね)	3	床

(2)休日昼間

	基準	休日昼間
医師	3	人
(うち内科又は救急科)	2	人
(うち外科)	1	人
応援医師 ※緊急呼出体制可	—	人
(うち内科応援医師)	—	人
(うち外科応援医師)	—	人
(うち麻酔科応援医師)	—	人
その他	—	人
看護師	—	人
応援看護師 ※緊急呼出体制可	—	人
薬剤師	—	人
臨床検査技師	—	人
診療放射線技師	—	人
事務職員	—	人
確保ベッド数(概ね)	3	床

3 職員数等

(1)常勤医師名簿

氏名	臨床 経験 年数	診療科目(該当科目に○印)		
		内科	外科	救急科
計		人	人	人

※医師の人数が多い場合は別紙を利用してください。

(2)病院全体の職員数

※既存の職種別職員数一覧等がある場合は、添付に代えることも可。

区分	職員数	
	常勤	非常勤
医師		
看護師(注)		
薬剤師		
臨床検査技師		
診療放射線技師		
事務職員		
その他		

(注)看護師には、保健師、助産師及び准看護師を含む(看護補助者を除く)

4 臨床検査等の実施の可否

尿検査	可・否
血算・血沈検査	可・否
生化学検査	可・否
心電図検査	可・否
腹部超音波検査	可・否
X線検査	可・否
緊急開腹手術	可・否
消化管内視鏡検査及び処置	可・否

※参加基準を参照のこと

※参加基準を参照のこと

5 病床数

許可病床数	床
(うち一般病床数)	床
(うち療養病床数)	床

診療科病床数(稼働病床数)	
内科	床
外科	床
救急専用病床	床

※ある場合

6 当院の外来診療受付時間、診療時間、休診日

受付時間	午前 時 分 ~ 午後 時 分
診療時間	午前 時 分 ~ 午後 時 分
休診日	曜日、 月 日

（申請先）

横浜市 長

法人所在地

法人名

代表者名

年度横浜市二次救急拠点病院事業（変更・中止・廃止）申請書

横浜市二次救急拠点病院事業について、次のとおり（変更・中止・廃止）したいので、関係書類を添えて申請します。

1 施設名（病院名） _____

2 二次救急拠点病院

A ・ B （該当する体制に○をしてください）

3 変更申請額

_____円（変更前_____円）

《内訳》

（1）二次救急拠点病院体制確保費

_____円（変更前_____円）

（2）救急患者受入実績に応じた奨励費

_____円：_____件（以上・未満）

（変更前_____円：_____件（以上・未満））

4 期間

_____年__月__日から_____年__月__日まで
（変更前_____年__月__日から_____年__月__日まで）

5 理由

6 変更事業計画書 （別紙のとおり* ・ 変更なし）

※事業計画書の内容に変更がある場合のみ添付

（※変更前の括弧書き記載は変更のある項目に限り記載すること）

横浜市長

法人所在地
 法人名
 代表者名
 記入担当者氏名
 電話番号

横浜市二次救急拠点病院 A変更事業計画書

1 事業内容

(1)施設名(病院名)

(2)上記施設において、全日、常時二次救急医療に応需します。

2 当番日診療体制

(1)夜間

	基準	夜間
医 師	3	人
(うち内科又は救急科)	2	人
(うち外科)	1	人
応援医師 ※緊急呼出体制可	—	人
(うち内科応援医師)	—	人
(うち外科応援医師)	—	人
(うち麻酔科応援医師)	—	人
その他	—	人
看 護 師	—	人
応援看護師 ※緊急呼出体制可	—	人
薬 剤 師	—	人
臨床検査技師	—	人
診療放射線技師	—	人
事務職員	—	人
確保ベッド数(概ね)	3	床

(2)休日昼間

	基準	休日昼間
医 師	3	人
(うち内科又は救急科)	2	人
(うち外科)	1	人
応援医師 ※緊急呼出体制可	—	人
(うち内科応援医師)	—	人
(うち外科応援医師)	—	人
(うち麻酔科応援医師)	—	人
その他	—	人
看 護 師	—	人
応援看護師 ※緊急呼出体制可	—	人
薬 剤 師	—	人
臨床検査技師	—	人
診療放射線技師	—	人
事務職員	—	人
確保ベッド数(概ね)	3	床

3 職員数等

(1)常勤医師名簿

氏名	臨床 経験 年数	診療科目(該当科目に○印)		
		内科	外科	救急科
計		人	人	人

※医師の人数が多い場合は別紙を利用してください。

(2)病院全体の職員数

※既存の職種別職員数一覧等がある場合は、添付に代えることも可。

区分	職員数	
	常勤	非常勤
医師		
看護師(注)		
薬剤師		
臨床検査技師		
診療放射線技師		
事務職員		
その他		

(注)看護師には、保健師、助産師及び准看護師を含む(看護補助者を除く)

4 臨床検査等の実施の可否

尿検査	可・否	
血算・血沈検査	可・否	
生化学検査	可・否	
心電図検査	可・否	
腹部超音波検査	可・否	
X線検査	可・否	
CT検査	可・否	
緊急開腹手術	可・否	※参加基準を参照のこと
消化管内視鏡検査及び処置	可・否	※参加基準を参照のこと

5 病床数

許可病床数	床
(うち一般病床数)	床
(うち療養病床数)	床

診療科病床数(稼動病床数)	
内科	床
外科	床
救急専用病床	床

集中治療室	
ICU	床
CCU	床

6 当院の外来診療受付時間、診療時間、休診日

受付時間	午前 時 分 ~ 午後 時 分
診療時間	午前 時 分 ~ 午後 時 分
休診日	曜日、 月 日

年 月 日

横浜市長

法人所在地
法人名
代表者名
記入担当者氏名
電話番号

横浜市二次救急拠点病院 B変更事業計画書

1 事業内容

- (1)施設名(病院名)
- (2)上記施設において、全日、常時二次救急医療に応需します。
- (3)上記施設において、毎夜間深夜帯、内科初期救急医療に応需します。

2 当番日診療体制

(1)夜間

	基準	夜間
医師	3	人
(うち内科又は救急科)	2	人
(うち外科)	1	人
応援医師 ※緊急呼出体制可	—	人
(うち内科応援医師)	—	人
(うち外科応援医師)	—	人
(うち麻酔科応援医師)	—	人
その他	—	人
看護師	—	人
応援看護師 ※緊急呼出体制可	—	人
薬剤師	—	人
臨床検査技師	—	人
診療放射線技師	—	人
事務職員	—	人
確保ベッド数(概ね)	3	床

(2)休日昼間

	基準	休日昼間
医師	3	人
(うち内科又は救急科)	2	人
(うち外科)	1	人
応援医師 ※緊急呼出体制可	—	人
(うち内科応援医師)	—	人
(うち外科応援医師)	—	人
(うち麻酔科応援医師)	—	人
その他	—	人
看護師	—	人
応援看護師 ※緊急呼出体制可	—	人
薬剤師	—	人
臨床検査技師	—	人
診療放射線技師	—	人
事務職員	—	人
確保ベッド数(概ね)	3	床

3 職員数等

(1)常勤医師名簿

氏名	臨床 経験 年数	診療科目(該当科目に○印)		
		内科	外科	救急科
計		人	人	人

※医師の人数が多い場合は別紙を利用してください。

(2)病院全体の職員数

※既存の職種別職員数一覧等がある場合は、添付に代えることも可。

区分	職員数	
	常勤	非常勤
医師		
看護師(注)		
薬剤師		
臨床検査技師		
診療放射線技師		
事務職員		
その他		

(注)看護師には、保健師、助産師及び准看護師を含む(看護補助者を除く)

4 臨床検査等の実施の可否

尿検査	可・否
血算・血沈検査	可・否
生化学検査	可・否
心電図検査	可・否
腹部超音波検査	可・否
X線検査	可・否
緊急開腹手術	可・否
消化管内視鏡検査及び処置	可・否

※参加基準を参照のこと

※参加基準を参照のこと

5 病床数

許可病床数	床
(うち一般病床数)	床
(うち療養病床数)	床

診療科病床数(稼働病床数)	
内科	床
外科	床
救急専用病床	床

※ある場合

6 当院の外来診療受付時間、診療時間、休診日

受付時間	午前 時 分 ~ 午後 時 分
診療時間	午前 時 分 ~ 午後 時 分
休診日	曜日、 月 日

(申請者)様

横浜市長 印

年度 横浜市二次救急拠点病院A体制確保に係る補助金交付決定通知書

年 月 日に申請のありました横浜市二次救急拠点病院A体制確保に係る補助金につきましては、次のとおり交付します。

- 1 補助金額 _____円
 - (1) 対象事業 横浜市二次救急拠点病院事業
 - (2) 対象経費 (国内消費税及び地方消費税相当額は補助対象外)
 - ア 24時間365日の内科及び外科の二次救急医療を実施するための体制確保に係る人件費、空床確保費等
 - イ 救急患者受入実績に応じた奨励費 (申請年の1月から12月の横浜市消防局による救急患者搬送人員に応じた補助)
 - (3) 交付方法 補助金の確定後、適法な請求書を受理した日から30日以内に支払います。

- 2 交付条件
 - (1) 事業計画を変更し、中止し、又は廃止しようとするときは、市長の承認を受けてください。
 - (2) この補助金は、対象事業を実施するために使用し、他の事業に流用しないでください。
 - (3) 事業終了後の翌月10日までに、実績報告書(第8号様式-1)を提出してください。
 - (4) 補助金の精算は、事業終了後の実績報告書の審査をもって行います。
 - (5) 補助金に剰余金を生じたときは、直ちに返還してください。
 - (6) 補助事業に係る収入及び収支を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出についての証拠書類を事業完了後5年間保管してください。
 - (7) 必要があると認めるときは、補助金の使途及び経理の状況等について、関係書類の提出を求め、調査を行います。
 - (8) 次の一つに該当すると認めるときは、補助金の交付決定を取り消し、又は既に交付した補助金の全部若しくは一部の返還を求めます。
 - ア この交付決定通知に付した条件に違反したとき。
 - イ 虚偽又は不正な手続きにより補助金の交付を受けたとき。
 - ウ 補助金を補助対象事業費以外の経費に使用したとき。

(申請者)様

横浜市長 印

年度 横浜市二次救急拠点病院A体制確保に係る補助金交付決定通知書

年 月 日に申請のありました横浜市二次救急拠点病院A体制確保に係る補助金につきましては、次のとおり交付します。

1 補助金額 _____円

(1) 対象事業 横浜市二次救急拠点病院事業

(2) 対象経費 (国内消費税及び地方消費税相当額は補助対象外)

ア 24時間365日の内科及び外科の二次救急医療を実施するための体制確保に係る人件費、空床確保費等

イ 救急患者受入実績に応じた奨励費 (申請年の1月から12月の横浜市消防局による救急患者搬送人員に応じた補助)

(3) 交付方法

補助金の確定後、適法な請求書を受領した日から30日以内に支払います。ただし、前金払いする場合は、1(2)アの補助金について四半期ごとの請求にもとづいて交付します。

第	四半期	円	(支払い時期	年	月)
第	四半期	円	(支払い時期	年	月)
第	四半期	円	(支払い時期	年	月)
第	四半期	円	(支払い時期	年	月)

2 交付条件

- (1) 事業計画を変更し、中止し、又は廃止しようとするときは、市長の承認を受けてください。
- (2) この補助金は、対象事業を実施するために使用し、他の事業に流用しないでください。
- (3) 事業終了後の翌月10日までに、実績報告書(第8号様式-1)を提出してください。
- (4) 補助金の精算は、事業終了後の実績報告書の審査をもって行います。
- (5) 補助金に剰余金を生じたときは、直ちに返還してください。
- (6) 補助事業に係る収入及び収支を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出についての証拠書類を事業完了後5年間保管してください。
- (7) 必要があると認めるときは、補助金の使途及び経理の状況等について、関係書類の提出を求め、調査を行います。
- (8) 次の一つに該当すると認めるときは、補助金の交付決定を取り消し、又は既に交付した補助金の全部若しくは一部の返還を求めます。
 - ア この交付決定通知に付した条件に違反したとき。
 - イ 虚偽又は不正な手続きにより補助金の交付を受けたとき。
 - ウ 補助金を補助対象事業費以外の経費に使用したとき。

(申請者) 様

横浜市長 印

年度 横浜市二次救急拠点病院A体制確保に係る補助金変更交付決定通知書

年 月 日に変更申請のありました横浜市二次救急拠点病院A体制確保に係る補助金につきましては、次のとおり交付します。

- 1 補助金額 _____円 (変更前: _____円)
 - (1) 対象事業 横浜市二次救急拠点病院事業
 - (2) 対象経費 (国内消費税及び地方消費税相当額は補助対象外)
 - ア 24時間365日の内科及び外科の二次救急医療を実施するための体制確保に係る人件費、空床確保費等
 - イ 救急患者受入実績に応じた奨励費 (申請年の1月から12月の横浜市消防局による救急患者搬送人員に応じた補助)
 - (3) 交付方法
補助金の確定後、適法な請求書を受領した日から30日以内に支払います。
- 2 交付条件
 - (1) 事業計画を変更し、中止し、又は廃止しようとするときは、市長の承認を受けてください。
 - (2) この補助金は、対象事業を実施するために使用し、他の事業に流用しないでください。
 - (3) 事業終了後の翌月10日までに、実績報告書(第8号様式-1)を提出してください。
 - (4) 補助金の精算は、事業終了後の実績報告書の審査をもって行います。
 - (5) 補助金に剰余金を生じたときは、直ちに返還してください。
 - (6) 補助事業に係る収入及び収支を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出についての証拠書類を事業完了後5年間保管してください。
 - (7) 必要があると認めるときは、補助金の使途及び経理の状況等について、関係書類の提出を求め、調査を行います。
 - (8) 次の一つに該当すると認めるときは、補助金の交付決定を取り消し、又は既に交付した補助金の全部若しくは一部の返還を求めます。
 - ア この交付決定通知に付した条件に違反したとき。
 - イ 虚偽又は不正な手続きにより補助金の交付を受けたとき。
 - ウ 補助金を補助対象事業費以外の経費に使用したとき。

(申請者) 様

横浜市長 印

年度 横浜市二次救急拠点病院A体制確保に係る補助金変更交付決定通知書

年 月 日に変更申請のありました横浜市二次救急拠点病院A体制確保に係る補助金につきましては、次のとおり交付します。

1 補助金額 _____円 (変更前: _____円)

(1) 対象事業 横浜市二次救急拠点病院事業

(2) 対象経費 (国内消費税及び地方消費税相当額は補助対象外)

ア 24時間365日の内科及び外科の二次救急医療を実施するための体制確保に係る人件費、空床確保費等

イ 救急患者受入実績に応じた奨励費 (申請年の1月から12月の横浜市消防局による救急患者搬送人員に応じた補助)

(3) 交付方法

補助金の確定後、適法な請求書を受領した日から30日以内に支払います。ただし、前金払いする場合は、1(2)アの補助金について四半期ごとの請求にもとづいて交付します。

第	四半期	円 (支払い時期	年 月)
第	四半期	円 (支払い時期	年 月)
第	四半期	円 (支払い時期	年 月)
第	四半期	円 (支払い時期	年 月)

2 交付条件

- (1) 事業計画を変更し、中止し、又は廃止しようとするときは、市長の承認を受けてください。
- (2) この補助金は、対象事業を実施するために使用し、他の事業に流用しないでください。
- (3) 事業終了後の翌月10日までに、実績報告書(第8号様式-1)を提出してください。
- (4) 補助金の精算は、事業終了後の実績報告書の審査をもって行います。
- (5) 補助金に剰余金を生じたときは、直ちに返還してください。
- (6) 補助事業に係る収入及び収支を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出についての証拠書類を事業完了後5年間保管してください。
- (7) 必要があると認めるときは、補助金の使途及び経理の状況等について、関係書類の提出を求め、調査を行います。
- (8) 次の一つに該当すると認めるときは、補助金の交付決定を取り消し、又は既に交付した補助金の全部若しくは一部の返還を求めます。
 - ア この交付決定通知に付した条件に違反したとき。
 - イ 虚偽又は不正な手続きにより補助金の交付を受けたとき。
 - ウ 補助金を補助対象事業費以外の経費に使用したとき。

年 月 日

(申請者) 様

横浜市長 印

年度 横浜市二次救急拠点病院B体制確保に係る補助金交付決定通知書

年 月 日に申請のありました横浜市二次救急拠点病院B体制確保に係る補助金につきましては、次のとおり交付します。

1 補助金額 _____円

(1) 対象事業 横浜市二次救急拠点病院事業

(2) 対象経費 (国内消費税及び地方消費税相当額は補助対象外)

ア 24時間365日の内科及び外科の二次救急医療を実施するための体制確保に係る人件費、空床確保費等

イ 救急患者受入実績に応じた奨励費 (申請年の1月から12月の横浜市消防局による救急患者搬送人員に応じた補助)

ウ 毎夜間深夜帯における内科の初期救急医療を実施するための体制確保に係る人件費

(3) 交付方法 補助金の確定後、適法な請求書を受理した日から30日以内に支払います。

2 交付条件

(1) 事業計画を変更し、中止し、又は廃止しようとするときは、市長の承認を受けてください。

(2) この補助金は、対象事業を実施するために使用し、他の事業に流用しないでください。

(3) 事業終了後の翌月10日までに、実績報告書(第8号様式-2)を提出してください。

(4) 補助金の精算は、事業終了後の実績報告書の審査をもって行います。

(5) 補助金に剰余金を生じたときは、直ちに返還してください。

(6) 補助事業に係る収入及び収支を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出についての証拠書類を事業完了後5年間保管してください。

(7) 必要があると認めるときは、補助金の使途及び経理の状況等について、関係書類の提出を求め、調査を行います。

(8) 次の一つに該当すると認めるときは、補助金の交付決定を取り消し、又は既に交付した補助金の全部若しくは一部の返還を求めます。

ア この交付決定通知に付した条件に違反したとき。

イ 虚偽又は不正な手続きにより補助金の交付を受けたとき。

ウ 補助金を補助対象事業費以外の経費に使用したとき。

(申請者) 様

横浜市長 印

年度 横浜市二次救急拠点病院B体制確保に係る補助金交付決定通知書

年 月 日に申請のありました横浜市二次救急拠点病院B体制確保に係る補助金につきましては、次のとおり交付します。

1 補助金額 _____円

(1) 対象事業 横浜市二次救急拠点病院事業

(2) 対象経費 (国内消費税及び地方消費税相当額は補助対象外)

ア 24時間365日の内科及び外科の二次救急医療を実施するための体制確保に係る人件費、空床確保費等

イ 救急患者受入実績に応じた奨励費 (申請年の1月から12月の横浜市消防局による救急患者搬送人員に応じた補助)

ウ 毎夜間深夜帯における内科の初期救急医療を実施するための体制確保に係る人件費

(3) 交付方法

補助金の確定後、適法な請求書を受領した日から30日以内に支払います。ただし、前金払いする場合は、1(2)アの補助金について四半期ごとの請求にもとづいて交付します。

第	四半期	円 (支払い時期	年	月)
第	四半期	円 (支払い時期	年	月)
第	四半期	円 (支払い時期	年	月)
第	四半期	円 (支払い時期	年	月)

2 交付条件

- (1) 事業計画を変更し、中止し、又は廃止しようとするときは、市長の承認を受けてください。
- (2) この補助金は、対象事業を実施するために使用し、他の事業に流用しないでください。
- (3) 事業終了後の翌月10日までに、実績報告書(第8号様式-2)を提出してください。
- (4) 補助金の精算は、事業終了後の実績報告書の審査をもって行います。
- (5) 補助金に剰余金を生じたときは、直ちに返還してください。
- (6) 補助事業に係る収入及び収支を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出についての証拠書類を事業完了後5年間保管してください。
- (7) 必要があると認めるときは、補助金の使途及び経理の状況等について、関係書類の提出を求め、調査を行います。
- (8) 次の一つに該当すると認めるときは、補助金の交付決定を取り消し、又は既に交付した補助金の全部若しくは一部の返還を求めます。
 - ア この交付決定通知に付した条件に違反したとき。
 - イ 虚偽又は不正な手続きにより補助金の交付を受けたとき。
 - ウ 補助金を補助対象事業費以外の経費に使用したとき。

(申請者) 様

横浜市長 印

年度 横浜市二次救急拠点病院B体制確保に係る補助金変更交付決定通知書

年 月 日に変更申請のありました横浜市二次救急拠点病院B体制確保に係る補助金につきましては、次のとおり交付します。

1 補助金額 _____円 (変更前: _____円)

(1) 対象事業 横浜市二次救急拠点病院事業

(2) 対象経費 (国内消費税及び地方消費税相当額は補助対象外)

ア 24時間365日の内科及び外科の二次救急医療を実施するための体制確保に係る人件費、空床確保費等

イ 救急患者受入実績に応じた奨励費 (申請年の1月から12月の横浜市消防局による救急患者搬送人員に応じた補助)

ウ 毎夜間深夜帯における内科の初期救急医療を実施するための体制確保に係る人件費

(3) 交付方法 補助金の確定後、適法な請求書を受理した日から30日以内に支払います。

2 交付条件

(1) 事業計画を変更し、中止し、又は廃止しようとするときは、市長の承認を受けてください。

(2) この補助金は、対象事業を実施するために使用し、他の事業に流用しないでください。

(3) 事業終了後の翌月10日までに、実績報告書(第8号様式-2)を提出してください。

(4) 補助金の精算は、事業終了後の実績報告書の審査をもって行います。

(5) 補助金に剰余金を生じたときは、直ちに返還してください。

(6) 補助事業に係る収入及び収支を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出についての証拠書類を事業完了後5年間保管してください。

(7) 必要があると認めるときは、補助金の使途及び経理の状況等について、関係書類の提出を求め、調査を行います。

(8) 次の一つに該当すると認めるときは、補助金の交付決定を取り消し、又は既に交付した補助金の全部若しくは一部の返還を求めます。

ア この交付決定通知に付した条件に違反したとき。

イ 虚偽又は不正な手続きにより補助金の交付を受けたとき。

ウ 補助金を補助対象事業費以外の経費に使用したとき。

(申請者) 様

横浜市長 印

年度 横浜市二次救急拠点病院B体制確保に係る補助金変更交付決定通知書

年 月 日に変更申請のありました横浜市二次救急拠点病院B体制確保に係る補助金につきましては、次のとおり交付します。

1 補助金額 _____円 (変更前: _____円)

(1) 対象事業 横浜市二次救急拠点病院事業

(2) 対象経費 (国内消費税及び地方消費税相当額は補助対象外)

ア 24時間365日の内科及び外科の二次救急医療を実施するための体制確保に係る人件費、空床確保費等

イ 救急患者受入実績に応じた奨励費 (申請年の1月から12月の横浜市消防局による救急患者搬送人員に応じた補助)

ウ 毎夜間深夜帯における内科の初期救急医療を実施するための体制確保に係る人件費

(3) 交付方法

補助金の確定後、適法な請求書を受領した日から30日以内に支払います。ただし、前金払いする場合は、1(2)アの補助金について四半期ごとの請求にもとづいて交付します。

第	四半期	円	(支払い時期	年	月)
第	四半期	円	(支払い時期	年	月)
第	四半期	円	(支払い時期	年	月)
第	四半期	円	(支払い時期	年	月)

2 交付条件

- (1) 事業計画を変更し、中止し、又は廃止しようとするときは、市長の承認を受けてください。
- (2) この補助金は、対象事業を実施するために使用し、他の事業に流用しないでください。
- (3) 事業終了後の翌月10日までに、実績報告書(第8号様式-2)を提出してください。
- (4) 補助金の精算は、事業終了後の実績報告書の審査をもって行います。
- (5) 補助金に剰余金を生じたときは、直ちに返還してください。
- (6) 補助事業に係る収入及び収支を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出についての証拠書類を事業完了後5年間保管してください。
- (7) 必要があると認めるときは、補助金の使途及び経理の状況等について、関係書類の提出を求め、調査を行います。
- (8) 次の一つに該当すると認めるときは、補助金の交付決定を取り消し、又は既に交付した補助金の全部若しくは一部の返還を求めます。
 - ア この交付決定通知に付した条件に違反したとき。
 - イ 虚偽又は不正な手続きにより補助金の交付を受けたとき。
 - ウ 補助金を補助対象事業費以外の経費に使用したとき。

第 8 号様式－ 1 （第12条第 1 項第 1 号）

年 月 日

（報告先）
横 浜 市 長

法人所在地

法 人 名

代 表 者 名

横浜市二次救急拠点病院A事業実績報告書

（ 年度分）

- 1 施設名
- 2 取扱患者実績報告書 （別紙（1）のとおり）
- 3 一次医療施設または、救急隊からの受入要請に応じられなかった事例報告書 （別紙（2）のとおり）
- 4 応需体制の報告 （別添月毎当直表のとおり）
- 5 その他
本補助金に係る対象経費に、国内消費税及び地方消費税相当額は含んでいません。

記入担当 所属・氏名
電話番号
F A X

※記入担当者氏名は必ず記載してください。

第8号様式-1 別紙(1)

取扱患者実績報告書

1 全体 (1) 夜間(雄夜帯)

病院名: 担当者名: 連絡先電話番号:

時間帯別	患者総数	内科							外科							救急科							小児科							その他の診療科													
		死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計							
診療終了時間~18時 (A)																																											
(うち入院)																																											
(うち初期医療機関からの転送)																																											
(その他)																																											
(うち外来)																																											
(うち初期医療機関からの転送)																																											
(その他)																																											
18時~20時																																											
20時~0時																																											
18時~0時 合計 (B)																																											
(うち入院)																																											
(うち初期医療機関からの転送)																																											
(その他)																																											
(うち外来)																																											
(うち初期医療機関からの転送)																																											
(その他)																																											
雄夜帯(診療時間終了後~0時) 合計 (C) = (A) + (B)																																											
(うち入院)																																											
(うち初期医療機関からの転送)																																											
(その他)																																											
(うち外来)																																											
(うち初期医療機関からの転送)																																											
(その他)																																											

(診療時間終了後から午前0時までの時間帯)
 雄夜帯

第8号様式-1 別紙(1)

取扱患者実績報告書

2救急車で来院 (1)夜間(準夜帯)

病院名: 担当者名: 連絡先電話番号:

時間帯別	患者総数	内科							外科							救急科							小児科							その他の診療科														
		死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計								
診療終了時間~18時 (A)																																												
(うち入院)																																												
(うち初期医療機関からの転送)																																												
(その他)																																												
(うち外来)																																												
(うち初期医療機関からの転送)																																												
(その他)																																												
18時~20時																																												
20時~0時																																												
18時~0時 合計 (B)																																												
(うち入院)																																												
(うち初期医療機関からの転送)																																												
(その他)																																												
(うち外来)																																												
(うち初期医療機関からの転送)																																												
(その他)																																												
準夜帯(診療時間終了後~0時) 合計 (C) = (A) + (B)																																												
(うち入院)																																												
(うち初期医療機関からの転送)																																												
(その他)																																												
(うち外来)																																												
(うち初期医療機関からの転送)																																												
(その他)																																												

(診療時間終了後から午前0時までの時間帯)
 準夜帯

第8号様式-1 別紙(1)

取扱患者実績報告書

3救急車以外で来院 (1)夜間(準夜帯)

病院名: 担当者名: 連絡先電話番号:

時間帯別	患者総数	内科							外科							救急科							小児科							その他の診療科														
		死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計								
診療終了時間~18時 (A)																																												
(うち入院)																																												
(うち初期医療機関からの転送)																																												
(その他)																																												
(うち外来)																																												
(うち初期医療機関からの転送)																																												
(その他)																																												
18時~20時																																												
20時~0時																																												
18時~0時 合計 (B)																																												
(うち入院)																																												
(うち初期医療機関からの転送)																																												
(その他)																																												
(うち外来)																																												
(うち初期医療機関からの転送)																																												
(その他)																																												
準夜帯(診療時間終了後~0時) 合計 (C) = (A) + (B)																																												
(うち入院)																																												
(うち初期医療機関からの転送)																																												
(その他)																																												
(うち外来)																																												
(うち初期医療機関からの転送)																																												
(その他)																																												

(診療時間終了後から午前0時までの時間帯)
 準夜帯

第8号様式-1 別紙(2)

横浜市二次救急拠点病院

一次医療施設または救急隊からの受入要請に応じられなかった事例報告書(理由別)

施設名

①「満床」が理由で受け入れられなかった事例件数

月	件数	時間帯別内訳(件)			年齢層別内訳(件)		
		※合計は件数と一致			※合計は件数と一致		
		準夜帯	深夜帯	休日昼間	乳児・小児	成人	高齢者
4月							
5月							
6月							
7月							
8月							
9月							
10月							
11月							
12月							
1月							
2月							
3月							
年間合計							

②「処置中」が理由で受け入れられなかった事例件数

月	件数	時間帯別内訳(件)			年齢層別内訳(件)		
		※合計は件数と一致			※合計は件数と一致		
		準夜帯	深夜帯	休日昼間	乳児・小児	成人	高齢者
4月							
5月							
6月							
7月							
8月							
9月							
10月							
11月							
12月							
1月							
2月							
3月							
年間合計							

第8号様式-1 別紙(2)

③「手術中」が理由で受け入れられなかった事例件数

月	件数	時間帯別内訳(件)			年齢層別内訳(件)		
		※合計は件数と一致			※合計は件数と一致		
		準夜帯	深夜帯	休日昼間	乳児・小児	成人	高齢者
4月							
5月							
6月							
7月							
8月							
9月							
10月							
11月							
12月							
1月							
2月							
3月							
年間合計							

④「専門外」が理由で受け入れられなかった事例件数

月	件数	時間帯別内訳(件)			年齢層別内訳(件)		
		※合計は件数と一致			※合計は件数と一致		
		準夜帯	深夜帯	休日昼間	乳児・小児	成人	高齢者
4月							
5月							
6月							
7月							
8月							
9月							
10月							
11月							
12月							
1月							
2月							
3月							
年間合計							

⑤「その他」の理由で受け入れられなかった事例

No.	日付	時間	患者の状態			受け入れられなかった理由
			性別	年齢	疾患名	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

第 8 号様式ー 2 (第12条第 1 項第 2 号)

年 月 日

(報告先)
横 浜 市 長

法人所在地

法 人 名

代 表 者 名

横浜市二次救急拠点病院B事業実績報告書

(年度分)

1 施設名

2 取扱患者実績報告書 (別紙 (1) のとおり)

3 一次医療施設または、救急隊からの受入要請に応じられなかった事例報告書 (別紙 (2) のとおり)

4 応需体制の報告 (別添月毎当直表のとおり)

5 その他

本補助金に係る対象経費に、国内消費税及び地方消費税相当額は含んでいません。

記入担当 所属・氏名

電話番号

F A X

※記入担当者氏名は必ず記載してください。

第8号様式-2 別紙(1)

取扱患者実績報告書

1 全体 (1) 夜間(雄夜帯)

病院名: 担当者名: 連絡先電話番号:

時間帯別	患者総数	内科							外科							救急科							小児科							その他の診療科													
		死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計							
診療終了時間~18時 (A)																																											
(うち入院)																																											
(うち初期医療機関からの転送)																																											
(その他)																																											
(うち外来)																																											
(うち初期医療機関からの転送)																																											
(その他)																																											
18時~20時																																											
20時~0時																																											
18時~0時 合計 (B)																																											
(うち入院)																																											
(うち初期医療機関からの転送)																																											
(その他)																																											
(うち外来)																																											
(うち初期医療機関からの転送)																																											
(その他)																																											
雄夜帯(診療時間終了後~0時) 合計 (C) = (A) + (B)																																											
(うち入院)																																											
(うち初期医療機関からの転送)																																											
(その他)																																											
(うち外来)																																											
(うち初期医療機関からの転送)																																											
(その他)																																											

(診療時間終了後から午前0時までの時間帯)
 雄夜帯

第8号様式-2 別紙(1)

取扱患者実績報告書

1 全体 (2) 夜間(深夜帯)

病院名: 担当者名: 連絡先電話番号:

時間帯別	患者総数	内科							外科							救急科							小児科							その他の診療科													
		死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計							
0時～7時合計 (D)																																											
(うち入院)																																											
(うち初期医療機関からの転送)																																											
(その他)																																											
(うち外来)																																											
(うち初期医療機関からの転送)																																											
(その他)																																											
7時～診療開始時間 (E)																																											
(うち入院)																																											
(うち初期医療機関からの転送)																																											
(その他)																																											
(うち外来)																																											
(うち初期医療機関からの転送)																																											
(その他)																																											
深夜帯(0時～診療開始時間)合計 (F) = (D) + (E)																																											
(うち入院)																																											
(うち初期医療機関からの転送)																																											
(その他)																																											
(うち外来)																																											
(うち初期医療機関からの転送)																																											
(その他)																																											
夜間合計 (G) = (C) + (F)																																											
(うち入院)																																											
(うち初期医療機関からの転送)																																											
(その他)																																											
(うち外来)																																											
(うち初期医療機関からの転送)																																											
(その他)																																											

第8号様式-2 別紙(1)

取扱患者実績報告書

2救急車で来院 (1)夜間(準夜帯)

病院名: 担当者名: 連絡先電話番号:

時間帯別	患者総数	内科							外科							救急科							小児科							その他の診療科														
		死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計								
診療終了時間~18時 (A)																																												
(うち入院)																																												
(うち初期医療機関からの転送)																																												
(その他)																																												
(うち外来)																																												
(うち初期医療機関からの転送)																																												
(その他)																																												
18時~20時																																												
20時~0時																																												
18時~0時 合計 (B)																																												
(うち入院)																																												
(うち初期医療機関からの転送)																																												
(その他)																																												
(うち外来)																																												
(うち初期医療機関からの転送)																																												
(その他)																																												
準夜帯(診療時間終了後~0時) 合計 (C) = (A) + (B)																																												
(うち入院)																																												
(うち初期医療機関からの転送)																																												
(その他)																																												
(うち外来)																																												
(うち初期医療機関からの転送)																																												
(その他)																																												

(診療時間終了後から午前0時までの時間帯)
 準夜帯

第8号様式-2 別紙(1)

取扱患者実績報告書

2救急車で来院 (2)夜間(深夜帯)

病院名: 担当者名: 連絡先電話番号:

時間帯別	患者総数	内科							外科							救急科							小児科							その他の診療科													
		死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計							
深夜帯 (午前0時から診療開始までの時間)	0時～7時合計 (D)																																										
	(うち入院)																																										
	(うち初期医療機関からの転送)																																										
	(その他)																																										
	(うち外来)																																										
	(うち初期医療機関からの転送)																																										
	(その他)																																										
	7時～診療開始時間 (E)																																										
	(うち入院)																																										
	(うち初期医療機関からの転送)																																										
	(その他)																																										
	(うち外来)																																										
	(うち初期医療機関からの転送)																																										
	(その他)																																										
	深夜帯 (0時～診療開始時間) 合計 (F) = (D) + (E)																																										
(うち入院)																																											
(うち初期医療機関からの転送)																																											
(その他)																																											
(うち外来)																																											
(うち初期医療機関からの転送)																																											
(その他)																																											
夜間合計 (G) = (C) + (F)																																											
(うち入院)																																											
(うち初期医療機関からの転送)																																											
(その他)																																											
(うち外来)																																											
(うち初期医療機関からの転送)																																											
(その他)																																											

第8号様式-2 別紙(1)

取扱患者実績報告書

3救急車以外で来院 (1)夜間(準夜帯)

病院名: 担当者名: 連絡先電話番号:

時間帯別	患者総数	内科							外科							救急科							小児科							その他の診療科													
		死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計	死亡	重篤	重症	中等症	軽症	不明	合計							
診療終了時間~18時 (A)																																											
(うち入院)																																											
(うち初期医療機関からの転送)																																											
(その他)																																											
(うち外来)																																											
(うち初期医療機関からの転送)																																											
(その他)																																											
18時~20時																																											
20時~0時																																											
18時~0時 合計 (B)																																											
(うち入院)																																											
(うち初期医療機関からの転送)																																											
(その他)																																											
(うち外来)																																											
(うち初期医療機関からの転送)																																											
(その他)																																											
準夜帯(診療時間終了後~0時) 合計 (C) = (A) + (B)																																											
(うち入院)																																											
(うち初期医療機関からの転送)																																											
(その他)																																											
(うち外来)																																											
(うち初期医療機関からの転送)																																											
(その他)																																											

(診療時間終了後から午前0時までの時間帯)
 準夜帯

横浜市二次救急拠点病院

一次医療施設または救急隊からの受入要請に応じられなかった事例報告書(理由別)

施設名

①「満床」が理由で受け入れられなかった事例件数

月	件数	時間帯別内訳(件)			年齢層別内訳(件)		
		※合計は件数と一致			※合計は件数と一致		
		準夜帯	深夜帯	休日昼間	乳児・小児	成人	高齢者
4月							
5月							
6月							
7月							
8月							
9月							
10月							
11月							
12月							
1月							
2月							
3月							
年間合計							

②「処置中」が理由で受け入れられなかった事例件数

月	件数	時間帯別内訳(件)			年齢層別内訳(件)		
		※合計は件数と一致			※合計は件数と一致		
		準夜帯	深夜帯	休日昼間	乳児・小児	成人	高齢者
4月							
5月							
6月							
7月							
8月							
9月							
10月							
11月							
12月							
1月							
2月							
3月							
年間合計							

第8号様式-2 別紙(2)

③「手術中」が理由で受け入れられなかった事例件数

月	件数	時間帯別内訳(件)			年齢層別内訳(件)		
		※合計は件数と一致			※合計は件数と一致		
		準夜帯	深夜帯	休日昼間	乳児・小児	成人	高齢者
4月							
5月							
6月							
7月							
8月							
9月							
10月							
11月							
12月							
1月							
2月							
3月							
年間合計							

④「専門外」が理由で受け入れられなかった事例件数

月	件数	時間帯別内訳(件)			年齢層別内訳(件)		
		※合計は件数と一致			※合計は件数と一致		
		準夜帯	深夜帯	休日昼間	乳児・小児	成人	高齢者
4月							
5月							
6月							
7月							
8月							
9月							
10月							
11月							
12月							
1月							
2月							
3月							
年間合計							

⑤「その他」の理由で受け入れられなかった事例

No.	日付	時間	患者の状態			受け入れられなかった理由
			性別	年齢	疾患名	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

（申請者）様

横浜市長 印

年度 横浜市二次救急拠点病院 A 体制確保に係る補助金確定通知書

年 月 日事業実績報告書の提出のあった横浜市二次救急拠点病院 A 体制確保に係る補助金について、次のとおり補助金額を確定したので通知します。

- 1 横浜市二次救急拠点病院 A 体制確保に係る補助金
- 2 補助金額 _____円

（申請者）様

横浜市長 印

年度 横浜市二次救急拠点病院 B 体制確保に係る補助金確定通知書

年 月 日事業実績報告書の提出のあった横浜市二次救急拠点病院 B 体制確保に係る補助金について、次のとおり補助金額を確定します。

- 1 横浜市二次救急拠点病院 B 体制確保に係る補助金
- 2 補助金額 _____円

年 月 日

（申請先）
横浜市長

法人所在地
法人名
代表者名

印

年度 横浜市二次救急拠点病院 A 体制確保に係る補助金請求書

年 月 日 第 号により確定通知を受けた横浜市二次救急拠点病院 A 体制確保に係る補助金について、次のとおり関係書類を添えて請求します。

1 施設名（病院名） _____

2 補助金交付額 _____円

3 補助の対象（国内消費税及び地方消費税相当額は補助対象外）

- （1）24 時間 365 日の内科及び外科の二次救急医療を実施するための体制確保に係る人件費、空床確保費等
- （2）救急患者受入実績に応じた奨励費（申請年の 1 月から 12 月の横浜市消防局による救急患者搬送人員に応じた補助）

4 口座情報

下記の口座に振り込んでください。

フリガナ	
口座名義人氏名	
振込先金融機関等	
種目・口座番号	普通 / 当座 番号：

年 月 日

（申請先）
横浜市長

法人所在地
法人名
代表者名

印

年度 横浜市二次救急拠点病院 A 体制確保に係る補助金請求書

年 月 日 第 号により交付決定を受けた横浜市二次救急拠点
病院 A 体制確保に係る補助金について、次のとおり請求します。

1 施設名（病院名） _____

2 補助金交付額 _____円 （ 第 四半期分 ）

3 補助の対象（国内消費税及び地方消費税相当額は補助対象外）

24 時間 365 日の内科及び外科の二次救急医療を実施するための体制確保に係る人
件費、空床確保費等

4 口座情報

下記の口座に振り込んでください。

フリガナ	
口座名義人氏名	
振込先金融機関等	
種目・口座番号	普通 / 当座 番号：

年 月 日

（申請先）
横浜市長

法人所在地
法人名
代表者名

印

年度 横浜市二次救急拠点病院 B 体制確保に係る補助金請求書

年 月 日 第 号により確定通知を受けた横浜市二次救急拠点病院 B 体制確保に係る補助金について、次のとおり関係書類を添えて請求します。

1 施設名（病院名） _____

2 補助金交付額 _____円

3 補助の対象（国内消費税及び地方消費税相当額は補助対象外）

- （1）24 時間 365 日の内科及び外科の二次救急医療を実施するための体制確保に係る人件費、空床確保費等
- （2）救急患者受入実績に応じた奨励費（申請年の 1 月から 12 月の横浜市消防局による救急患者搬送人員に応じた補助）
- （3）毎夜間深夜帯における内科の初期救急医療を実施するための体制確保に係る人件費

4 口座情報

下記の口座に振り込んでください。

フリガナ	
口座名義人氏名	
振込先金融機関等	
種目・口座番号	普通 / 当座 番号：

年 月 日

（申請先）
横浜市長

法人所在地
法人名
代表者名

印

年度 横浜市二次救急拠点病院B体制確保に係る補助金請求書

年 月 日 第 号により交付決定を受けた横浜市二次救急拠点病院B体制確保に係る補助金について、次のとおり請求します。

1 施設名（病院名） _____

2 補助金交付額 _____円 （ 第 四半期分 ）

3 補助の対象（国内消費税及び地方消費税相当額は補助対象外）

- （1）24 時間 365 日の内科及び外科の二次救急医療を実施するための体制確保に係る人件費、空床確保費等
- （2）毎夜間深夜帯における内科の初期救急医療を実施するための体制確保に係る人件費

4 口座情報

下記の口座に振り込んでください。

フリガナ	
口座名義人氏名	
振込先金融機関等	
種目・口座番号	普通 / 当座 番号：

令和8年度 横浜市二次救急拠点病院事業参加申込書

【誤った記載例】

- 代表者の肩書がない
- 院長と病院長の記載の間違い。
- 病院名の間違い。

令和8年〇月〇日

法人所在地

法人名

代表者名 肩書も入れます

※押印不要

横浜市二次救急拠点病院事業について、次のとおり関係書類を添えて参加を申込みます。

- 1 施設名（病院名） ●●●病院

- 2 参加を希望する体制 A・B （希望する体制に○をしてください。）
- 3 事業計画書 別添のとおり

令和8年2月〇日

横浜市長

法人所
 法人名
 代表者
 記入担当
 電話番号

〇〇区〇〇町〇-〇
 〇〇法人
 病院長 〇〇 〇〇
 〇〇 〇〇
 23-4567

横浜市二次救急拠点病院 A 事業計画書

肩書も記載してください。

1 事業内容

(1)施設名(病院名) 〇〇病院

(2)上記施設において、全日、常時二次救急医療に応需します。

2 当番日診療体制

(1)夜間

	基準	夜間
医師	3	3人
(うち内科又は救急科)	2	2人
(うち外科)	1	2人
応援医師 ※緊急呼出体制可	-	10人
(うち内科応援医師)	-	9人
(うち外科応援医師)	-	1人
(うち麻酔科応援医師)	-	人
その他	-	人
看護師	-	6人
応援看護師 ※緊急呼出体制可	-	2人
薬剤師	-	1人
臨床検査技師	-	1人
診療放射線技師	-	1人
事務職員	-	2人
確保ベッド数(概ね)	3	3床

(2)休日昼間

	基準	休日昼間
医師	3	3人
(うち内科又は救急科)	2	2人
(うち外科)	1	2人
応援医師 ※緊急呼出体制可	-	5人
(うち内科応援医師)	-	4人
(うち外科応援医師)	-	1人
(うち麻酔科応援医師)	-	人
その他	-	人
看護師	-	6人
応援看護師 ※緊急呼出体制可	-	2人
薬剤師	-	1人
臨床検査技師	-	1人
診療放射線技師	-	1人
事務職員	-	2人
確保ベッド数(概ね)	3	3床

3 職員数等

(1)常勤医師名簿

氏名	臨床 経験 年数	診療科目(該当科目に○印)		
		内科	外科	救急科
別紙のとおり				
二次救急拠点病院体制に参加する医師を記載してください。				
計		人	人	人

※医師の人数が多い場合は別紙を利用してください。

(2)病院全体の職員数

※既存の職種別職員数一覧等がある場合は、添付に代えることも可。

区分	職員数	
	常勤	非常勤
医師	20	40
看護師(注)	100	19
薬剤師	9	3
臨床検査技師	10	5
診療放射線技師	8	2
事務職員	50	20
その他	56	18

(注)看護師には、保健師、助産師及び准看護師を含む(看護補助者を除く)

4 臨床検査等の実施の可否

尿検査	可	否
血算・血沈検査	可	否
生化学検査	可	否
心電図検査	可	否
腹部超音波検査	可	否
X線検査	可	否
CT検査	可	否
緊急開腹手術	可	否
消化管内視鏡検査及び処置	可	否

体制参加の際はすべて「可」になります。

※参加基準を参照のこと

※参加基準を参照のこと

5 病床数

許可病床数	300床
(うち一般病床数)	180床
(うち療養病床数)	120床

混合病床のため分けて記載できない場合は、下記のように欄外に記載してください。(病床数の合計を記入)

診療科病床数(稼働病床数)	
内科	20床
外科	30床
救急専用病床	3床

※ 混合病床(300床)

集中治療室	
ICU	14床
CCU	床

午前・午後の標記にご注意ください。

6 当院の外来診療受付時間、診療時間、休診日

受付時間	午前8時30分 ~ 午後1時00分
診療時間	午前9時00分 ~ 午後1時30分
休診日	火曜日、水曜日及び年末年始

