日医発第 251 号(地域)
令和 4 年 4 月 20 日

都道府県医師会
担　当　理　事　殿

日本医師会常任理事
釜　萢　　敏
（公印省略）

【継続実施】医師会立看護師等養成所の臨地実習時における新型コロナウイルス感染症の検査費用の補助について

各医師会立看護師等養成所におかれましては、新型コロナウイルス感染症の影響により、講義・実習の対応に苦慮されていることと存じます。特に実習に関しては、実習施設から実習前に学生へ PCR 検査等の実施を求められるケースもあるかと存じます。

本会としては、検査結果はその後の陰性を保証するものではなく、引き続き三密を避け、うがいや手指衛生を徹底するとともに、毎日の検温により体調管理に十分注意して実習に臨むことが重要と考えております。一方で、実習施設としての立場も考慮する必要があり、検査を実施しないことで臨地実習ができない事態は避けなければなりません。

そこで、多くの企業・団体から日本医師会にいただいた寄付金を原資に、医師会立看護師等養成所が、実習施設から学生へ PCR 検査等の実施を求められた際の検査費用の一部を昨年度に引き続き、1 人あたり年間 10,000 円を上限に補助いたします。

前述のとおり、本会として実習前に検査の実施を推奨するものではなく、あくまでも実習施設からの求めにより実施した場合の対応であります。申請方法等の手続きにつきましては、別添資料にまとめましたのでご参照願います。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただくとともに、貴会管下郡市区医師会等への周知につき、ご高配のほどよろしくお願いいたします。

看護実習時の新型コロナウイルス感染症検査費用の補助について

■目的

<u>看護学校の臨地実習受け入れの際に、実習施設から新型コロナウイルス感染症の検査を求められた場合に掛かる検査費用の一部を補助します。（実習前に検査の実施を推奨するものではありません）</u>。

■補助対象者

・医師会立看護師等養成所（准看護師課程、看護師 2 年課程、看護師 3 年課程、助産師課程）の学生で、臨地実習にあたって実習先から検査の実施を求められた者（学生に同行する教員も含みます）。

■支給額

・１人あたり年間 10,000 円を上限とします。

※検査について、PCR 等検査や抗原定量検査を想定しております。

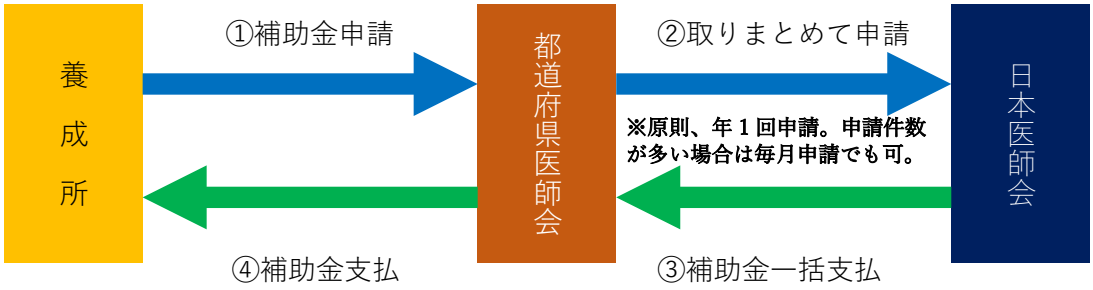
■申請期間

・本日から令和 5 年 3 月 24 日（金）まで

※令和 4 年度に実習を受ける上記「補助対象者」を対象とします。なお、既に検査を実施された方や、止むを得ない理由により申請期間が遅れてしまった場合においても、申請に必要な書類が揃っている場合に限り補助対象とします。

（本年度事業を対象とするため遡っての申請可）。

■申請手続き



■申請時の必要書類

①養成所別受診人数管理表（別紙）②領収証の写し③補助金申請書

※①は、養成所毎の受診人数等が分かる資料であれば様式の指定は問いません。

※②は、検査にかかった証明としてご用意いただくものであり、保険適用の有無、検査の種類等は問いません（補助対象者が個人で立替えた分も要件を満たしていれば対象とします）。

■本件に関する問合せ先：日本医師会地域医療課（西田・岸）

TEL：03-3942-6137／E-mail:chiiki_1@po.med.or.jp

（様式１）日医提出用

令和　年　月　日

日本医師会　御中

都道府県医師会名：

（担当者名：　　）

看護実習時の新型コロナウイルス感染症検査費用補助金申請書

下記のとおり、医師会立看護師等養成所からの申請を確認の上、取りまとめました。貴会実施要領に基づき申請いたしますので、何卒よろしくお願い申し上げます。

■**必要書類**（原則、年１回の申請とします。申請件数が多い場合は、毎月申請でも結構です。）

１．検査受診人数

合計：　　名

※（別紙）「養成所別受診人数管理表」を記入の上、ご提出願います。

２．領収証（写し）

３．補助金振込先

※日医へ既に登録がある指定口座でよろしければ下記項目は記入不要です。

※都道府県医師会提出用の補助金申請書（様式２）は日医へ提出不要です。

（登録済指定口座以外に振り込む場合）

銀　行　名	
銀行コード	
支　店　名	
支店番号	
種　　目	１．普通　　２．当座
口 座 番 号	
カ　ナ	
口座名義	

※補助金申請額は、１人あたり年間 10,000 円を上限とします。

（様式２）都道府県医師会提出用

令和　年　月　日

都道府県医師会　御中

養成所名：

（担当者名：　　）

看護実習時の新型コロナウイルス感染症検査費用補助金申請書

下記のとおり、当校における検査受診者分を申請いたします。何卒よろしくお願い申し上げます。

■必要書類

１．検査受診人数

合計：　　名

２．領収証（写し）

３．補助金振込先

銀　行　名	
銀行コード	
支　店　名	
支店番号	
種　　目	１．普通　　２．当座
口 座 番 号	
カ　ナ	
口座名義	

※補助金申請額は、１人あたり年間 10,000 円を上限とします。

別紙

都道府県医師会名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

養成所別受診人数管理表

No	養成所名	検査受診人数	領収証等実費額	補助金申請額
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
合　　計				

※原則、年1回の申請とします。申請件数が多い場合は、毎月申請でも結構です。

※補助金申請額は、1人あたり年間10,000円を上限とします。