

本件の申請等について、ご不明の点がございましたら、次の番号にお問合せください。

【神奈川県新型コロナウイルス感染症対応薬局従事者慰労金支給事業担当】

045-285-1031

対応時間帯：平日9時～11時30分、13時30分～17時

【申請の大まかな流れ】

手順1：申請様式の入手

様式を同封しています（神奈川県ホームページからエクセルファイルも取得できます）



手順2：申請書類の作成

手順1で取得した申請様式に必要な事項を記入・入力し申請書類を作成する



手順3：申請書類の提出

手順2で作成した申請書類を紙媒体で郵送する

【慰労金支給の要件】

- 令和2年1月15日から令和2年6月30日までの期間で10日以上、神奈川県内に
ある保険薬局に勤務し、患者と接する業務に従事した者

※1日ごとの勤務時間は問いません。

※期間中に県内の複数の保険薬局で勤務した方がいる場合は、主として勤務する薬局から申請をお願いします。

※保険薬局において保険調剤に係る患者に対応した従業員が支給の対象です。

- 医療、介護等、新型コロナウイルス感染症に関する他の慰労金の対象となる方は、本慰労金の対象外となります。本慰労金の申請は行わないでください。
- 既に慰労金の支給を受けた薬剤師の方は、2度支給を受けることはできません。

【申請方法】

薬局ごとにとりまとめて申請してください。

やむを得ない事情以外で個人申請を行うと、慰労金支給事務が滞り、県内の全ての保険薬局への慰労金支給が大幅に遅延します。円滑な慰労金支給のため、ご協力をお願いします。

≪申請様式の入手方法≫

- 同封の申請様式は、神奈川県薬務課ホームページからもダウンロードできます。エクセルファイルを公開しておりますので、御活用ください。

URL：https://www.pref.kanagawa.jp/docs/n3x/covid19_pharmacist2.html

ホーム > 健康・福祉・子育て > 医療 > 医薬品 > 新型コロナウイルス感染症に係る薬局従事者への慰労金について

※ホームページ掲載の申請様式には一部自動入力を組み込んでいますので、シートの追加や削除は絶対に行わないでください。

《申請書類一覧》（全て必要です。漏れのないよう、提出の前に☑欄で確認してください）

□ **申請書（様式第1号）**

原則として、薬局管理者の方が、対象者全員分をとりまとめて申請してください。

新たに申請する薬局は「新規」に、薬剤師分を既に申請しており事務員分を追加で申請する薬局は「変更」に○をつけてください。

□ **薬局情報（様式第2号）**

整理番号は、本通知の封筒に記載のある番号を記入してください。

口座情報は、誤りのないよう注意して記入してください。

□ **慰労金振込口座の通帳の写し**

通帳の表紙を開いたページ（口座種別（普通・当座等）、口座名義人、フリガナ、支店番号、口座番号、金融機関名、支店名が全て記載されているページ）のコピーを添付してください。インターネットバンキング等を利用しており、通帳がない場合は、これらの情報が網羅された口座証明書等を添付してください。

□ **支給対象者一覧（薬剤師）（様式第3-1号）**

薬剤師を記載してください。ただし、既に薬剤師分を申請した場合は、様式第3-2号に事務員のみを記載してください。対象者の漏れや重複のないよう確認してください。申請の時点で退職等されている方も、支給の対象となる可能性がありますので、もれなくとりまとめいただきますよう、ご協力ください。

申請の審査にあたり、後日タイムカードの控え等、勤務記録の提出を求め場合がありますので、お手元に準備しておいてください。

□ **支給対象者一覧（事務員）（様式第3-2号）**

事務員（薬剤師以外の従事者）を記載してください。

上記の様式第3-1号の注意事項を再度ご確認ください。

□ **個人票（様式第4号）**

適宜コピーし、必ず対象者全員分を作成し、提出してください。

既に薬剤師分を申請しており、事務員分について変更申請する場合は、事務員分のみを添付してください。既に提出した薬剤師分の個人票を再度添付する必要はありません。勤務日数が合計10日以上であることについて、対象期間中に勤務していた薬局の管理者による証明を受けてください。押印は不要です。

勤務日数が10日以上の場合、正確な日数でなく「10日以上」と記載して構いません。薬局又は開設者においては、従事者の勤務状況をご確認の上、証明を記載してください。裏面の口座情報は、記入不要です（個人で申請する際にのみ使用する欄です）。

□ **本人が対象期間中に勤務していたことを証明できる書類（事務員のみ全員分）**

勤務記録又は給与明細（金額等は黒塗りでも可）の写し等、対象期間内に保険薬局に勤務していたことが証明できる書類を添付してください。

□ **委任状（様式第5号）**

対象者全員分の氏名と生年月日を記入してください。押印は不要です。

既に薬剤師分を申請している場合は、事務員のみ記載してください。

《申請書類の提出方法》

- 申請書類は、紙媒体で下記の提出先に郵送してください。
- 封筒の表面に「薬局従事者慰労金申請書在中」と朱書きしてください。

申請書類の提出先

〒220-0004

神奈川県横浜市西区北幸2-8-4

ビーウィズ株式会社内

神奈川県新型コロナウイルス感染症対応薬局従事者慰労金支給事業 事務局 あて

※本事業は申請受付業務の一部をビーウィズ株式会社に委託しております。

【申請受付期間】

令和3年1月4日（月）から令和3年2月26日（金）まで（必着）

※受付期間中に1回のみ申請が可能です（ただし、既に薬剤師分を申請した薬局は、変更申請として事務員分を申請可能です）。退職者等も含めて、誤りや対象者の漏れ等のないようよくご確認の上、申請してください。

【支給方法】

- 薬局あてに支給決定通知を送付します。
- 申請のあった金融機関口座に、慰労金の振込を行います。

【薬局から従事者への慰労金の支払】

- 慰労金の入金があり次第、速やかに各対象者に慰労金の支払を行ってください。支払の方法は銀行振込みでも現金給付でも差し支えありませんが、銀行振込みの際の手数料等、支払に要した費用については、各薬局で御負担ください。
- 本慰労金は給与ではないため、所得税法上の非課税所得となりますので、誤って源泉徴収をすることのないよう十分注意してください。

【実績報告書の提出】

- 各対象者へ慰労金の支払いを行った後、1か月以内又は令和3年4月5日のいずれか早い日までに、慰労金の支払実績を報告してください。
- 薬剤師分を申請後、追加で事務員分申請した薬局は、事務員分の慰労金支払いを基準日として、薬剤師分と一括で実績報告書を提出してください。

《報告書類一覧》（全て必要です。漏れのないよう、提出の前に☑欄で確認してください）

報告書（様式第6号）

薬局管理者の方が報告してください。

支払実績（様式第7号）

薬剤師分と事務員分それぞれについて、所定の欄に記載してください。

支払済額と支給決定額が同額であり、精算額（支給決定額から支払済額を引いた金額）がゼロになることを確認してください。ゼロにならない場合、再審査や返還が必要になります。

慰労金の支払を証する書類（受領簿等）

各対象者に、申請額と同額の慰労金が支払われたことが確認できる書類をご用意ください。添付の参考様式（受領簿）を使用していただくことをお勧めしますが、銀行振込を行った場合の振込記録等、支払が確認できる書類であれば差し支えありません。

《報告書類の提出方法》

- 報告書類は、紙媒体で下記の提出先に郵送してください。
- 封筒の表面に「薬局従事者慰労金報告書在中」と朱書きしてください。

報告書類の提出先

〒220-0004

神奈川県横浜市西区北幸2-8-4

ビーウィズ株式会社内

神奈川県新型コロナウイルス感染症対応薬局従事者慰労金支給事業 事務局 あて