

令和6年度  
外国人患者受入れ体制整備支援事業  
補助金事務手続きの手引き

東京都保健医療局医療政策部医療政策課

# 目次

1	目的	1
2	実施主体	1
3	補助対象事業	1
4	対象経費	2
5	基準額及び補助率	3
6	手続き	3
7	その他注意事項	5
8	担当者連絡先	5
◎	(参考) 令和6年度補助金事務の流れ	6
◎	(要綱) 東京都外国人患者受入れ体制整備援事業実施要綱	7
◎	(要綱) 東京都外国人患者受入れ体制整備援事業補助金交付要綱	8
◎	(記載例) 交付申請で使用する様式	
◎	(記載例) 実績報告で使用する様式	

# 1 目的

---

この事業は、外国人が言葉や文化の隔てなく、症状に応じて安心して医療機関を受診できるよう、医療機関が外国人患者を受入れるに当たり必要な整備を行い、外国人患者への医療提供体制を充実することを目的としています（実施要綱第1）。

## 2 実施主体

---

この事業の実施主体は、医療法（昭和23年法律第205号）第7条の規定に基づき許可を受けた病院若しくは診療所又は同法第8条の規定に基づき届出をした診療所（歯科診療所は除く。）の開設者です（実施要綱第2）。

## 3 補助対象事業者

---

これから外国人患者を受入れるための体制を、整備していく医療機関又は外国人患者受入れ体制の更なる充実を図る医療機関を補助対象としますが、具体的には下記（1）から（3）のいずれかの要件に該当する医療機関が補助対象事業者となります。

ただし、一般財団法人日本医療教育財団が実施する外国人患者受入れ医療機関認証制度（JMIP）の認証を取得したことがある医療機関、地方公共団体、地方独立行政法人、特定地方独立行政法人、独立行政法人、特定独立行政法人、国立大学法人及び東京都保健医療公社が設置する医療機関は対象となりません。

また、この補助金の交付を受けたことがある医療機関は対象となりません。（令和元年度以前にこの補助金の交付を受けた医療機関が、後述の4 対象経費（6）に定める経費を初めて申請する場合を除きます。）

- （1）「外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関」に選定されている医療機関
- （2）「外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関」への応募を検討している医療機関
- （3）医療機能情報報告の外国語対応に関する報告において1言語以上「受入可能」と回答し、かつ、直近3か月の間に外国語で対応した延べ外国人患者数が、病院は180人以上、診療所は45人以上いる医療機関。

## 4 対象経費

---

令和6年度（交付決定日以降、令和7年3月31日まで）に実施する、下記（1）から（6）の整備に係る費用を対象経費とします。

- （1）多言語対応ツールの導入

受付・会計、診療、検査、入院の各場面において利用できる多言語対応ツール（会話集、

指差しツール、翻訳機や通訳機能等を備えたタブレット端末等（スマートフォンは除く。）等の作成又は導入に係る費用

(2) 院内文書の多言語化

院内文書（問診票や検査の説明資料、院内スタッフの名札等）の多言語化のための翻訳・作成に係る費用

(3) 案内表示の多言語化

多言語化のための翻訳・作成に係る費用

(4) ホームページの多言語化

多言語化のための翻訳・作成に係る費用

(5) 外国人患者の受入れに対応するためのシステムの導入

多言語対応のためのシステム及び外国人患者の受入れ状況の把握のためのシステムの導入・改修

(6) 職員の語学力向上等（研修、通信講座等の受講）

民間団体等が実施している医療通訳養成研修・通信講座その他の医療従事者向けの語学に関連した研修・通信講座等の受講に係る費用

### **<対象経費に関する留意事項>**

- (1) 用途が申請事業に限定されない一般的な事務機器類及び事務用品の購入費は、対象外になります。
- (2) いずれの場合も、維持経費や、院内職員が直接作業（翻訳作業や原稿作成等）をする際の人件費や事務経費は、対象外になります。
- (3) 交付決定通知前の本補助事業による対象経費の支出は、対象外になります。対象経費の支出は、交付決定日以降に開始してください。
- (4) 申請する対象経費については、全て作業等を委託する事業者や購入先の事業者からの見積書の写しが必要になります。申請の際には、必ず見積書をご提出ください。
- (5) 事業計画書や見積書を精査した結果、委託内容や購入する物品と本事業との関連性が明確でない場合や、購入する物品の仕様及び数量が最低限必要とされるものを超えると判断される場合には対象経費として認められない場合がございます。仕様や数量について、別途お伺いすることがございますので、予めご了承ください。
- (6) 本補助金の対象経費として申請する物品を購入する際には、家電量販店等が発行するポイントカードによる、ポイント等の付与を受けないでください。万が一、ポイント等を取得した場合には、実績報告時に「寄付金等その他の収入額」として計上し、対象経費の実支出額から差し引くこととなります。また、既に保有していたポイント等を利用して物品を購入した場合、当該ポイント利用分を控除した額が対象経費の実支出額となります。

## **5 基準額及び補助率**

---

- (1) **基準額 1 医療機関当たり 1, 300千円**

## (2) 補助率 1/2

※ 対象経費の支出予定額と都補助金の基準額（1医療機関当たり1,300千円）を比較して小さい方を選定額とし、選定額に補助率（1/2）を掛けた額を補助金額とします。したがって、**補助金額の上限は650千円になります。**

(例1) 資料の翻訳費用1,500千円を対象経費とする場合  
選定額 ⇒ 1,300千円  
補助金額 ⇒ 650千円 (1,300千円×1/2)

(例2) 案内表示の作成費用1,000千円を対象経費とする場合  
選定額 ⇒ 1,000千円  
補助金額 ⇒ 500千円 (1,000千円×1/2)

## 6 手続き

---

申請に必要な書類（様式）等は、j Grants上に掲載しております。以下のURLからダウンロードの上、作成してください。

<https://www.jgrants-portal.go.jp/subsidy/a0W5h00000UbHToEAN>

### (1) 交付申請書等の提出（詳細は、事業の実施通知を御確認ください。）

※ 補助金申請システムj Grantsにて申請をお願いいたします。j Grantsでの申請が難しい場合は御連絡ください。

#### **提出期限**

**令和6年11月15日（金曜日）**

#### **提出書類**

- ① 東京都外国人患者受入れ体制整備支援事業補助金交付申請書（別記第1号様式）
- ② 事業計画書（別記第1号様式 別紙1）
- ③ 経費所要額調（別記第1号様式 別紙2）
- ④ 歳入歳出予算書（見込書）抄本
- ⑤ 印鑑証明書（提出する書類に使用する印鑑は、全てこの印鑑を使用してください。）  
（※補助金の申請から請求・受領等に係る一切の権限を施設長に委任する場合には、委任状も併せて提出してください。この場合には、提出する書類に使用する印鑑は、委任状で使用した施設長の印鑑を使用してください。）
- ⑥ 見積書の写し

※申請する物品の金額の内訳が確認できること。

※ j Grantsで申請される場合、①及び⑤は提出不要です。

### (2) 交付決定（令和7年1月頃を予定）

提出された交付申請書類等について、東京都において審査し、交付決定を行います。

交付決定時には「交付決定通知書」を送付します。

### (3) 変更申請の提出（随時）

次のいずれかに該当する場合は、あらかじめ知事の承認が必要です。該当する事例が発生した場合は、必ず御連絡ください。

- ① 補助事業に要する経費を変更しようとするとき。
- ② 補助事業の内容を変更しようとするとき。
- ③ 補助事業を中止しようとするとき。

### (4) 実績報告書等の提出（詳細は、別途送付する依頼文書にて御確認ください。）

補助金申請システム j G r a n t s にて申請をお願いいたします。

#### 提出期限

補助事業完了後、実績報告書を提出していただきます。具体的な期限等については別途通知しますので、御確認ください。

#### 提出書類

##### 【様式類】

- ① 東京都外国人患者受入れ体制整備支援事業補助金実績報告書（別記第3号様式）
- ② 実績報告書（別記第3号様式 別紙1）
- ③ 経費所要額精算書（別記第3号様式 別紙2）
- ④ 歳入歳出予算書抄本
- ⑤ 納品書・工事完了届・契約書等の写し
- ⑥ 領収書等の写し（※1）領収書記載の金額の内訳が確認できる書類
- ⑦ 成果物（※2）
- ⑧ 請求書
- ⑨ 支払金口座振替依頼書

（※1） j G r a n t s で申請される場合、①は提出不要です。

（※2） 領収書から、物品の内訳が確認できない場合は、各物品の内訳が確認できる書類（明細書等）をご提出下さい。

（※3） 成果物については、下記を参考に必要な書類等を提出してください。

整備内容	提出物
(1) 多言語対応ツールの導入	・作成したツールの見本、写し、写真等 ・タブレット端末のアプリケーションを導入した場合には、アプリケーションの規格、仕様が分かる書類の写し ・アプリケーション画面のキャプチャ

(2) 院内文書の多言語化	・翻訳資料の写しや見本
(3) 案内表示の多言語化	・案内表示の写真
(4) ホームページの多言語化	・ホームページ画面を印刷したもの（外国語部分全て）
(5) 外国人患者の受入れに対応するためのシステムの導入	・システムの規格、仕様が分かる書類の写し ・システム画面のキャプチャ
(6) 職員の語学力向上等（研修・通信講座等の受講）	・修了証等、研修・通信講座等を受講したことが分かる書類の写し

※ 本補助事業による購入物品については、「令和6年度 東京都外国人患者受入れ体制整備支援事業」と記載したラベルを貼付する等で、本補助金で購入した物品であることが分かるようにしてください。

※ 多言語対応ツールの導入等において、同一機器を複数台購入した場合、全台数を1枚の写真に収める、又は、各機器のシリアルナンバーが記載されている箇所の写真を提出する等により、それぞれの機器を識別できるようにしてください。

## (5) 額の確定

提出された実績報告について、東京都において審査し、事業の成果が交付決定時の内容に適合すると認めるときは、補助金の額を確定し、「額の確定通知書」により通知します。

## (6) 請求・支払

「額の確定通知書」により通知後、令和7年5月下旬までに都からの支払を完了します。

## 7 その他注意事項

### (1) 補助事業者の公表

補助事業完了後、補助を行った事業者をホームページ上に公表します。

### (2) 要綱等の遵守

事業の実施に当たっては、「東京都外国人患者受入れ体制整備支援事業実施要綱」、「東京都外国人患者受入れ体制整備支援事業補助金交付要綱」の規定を遵守し、事務手続を進めてください。

### (3) スケジュール

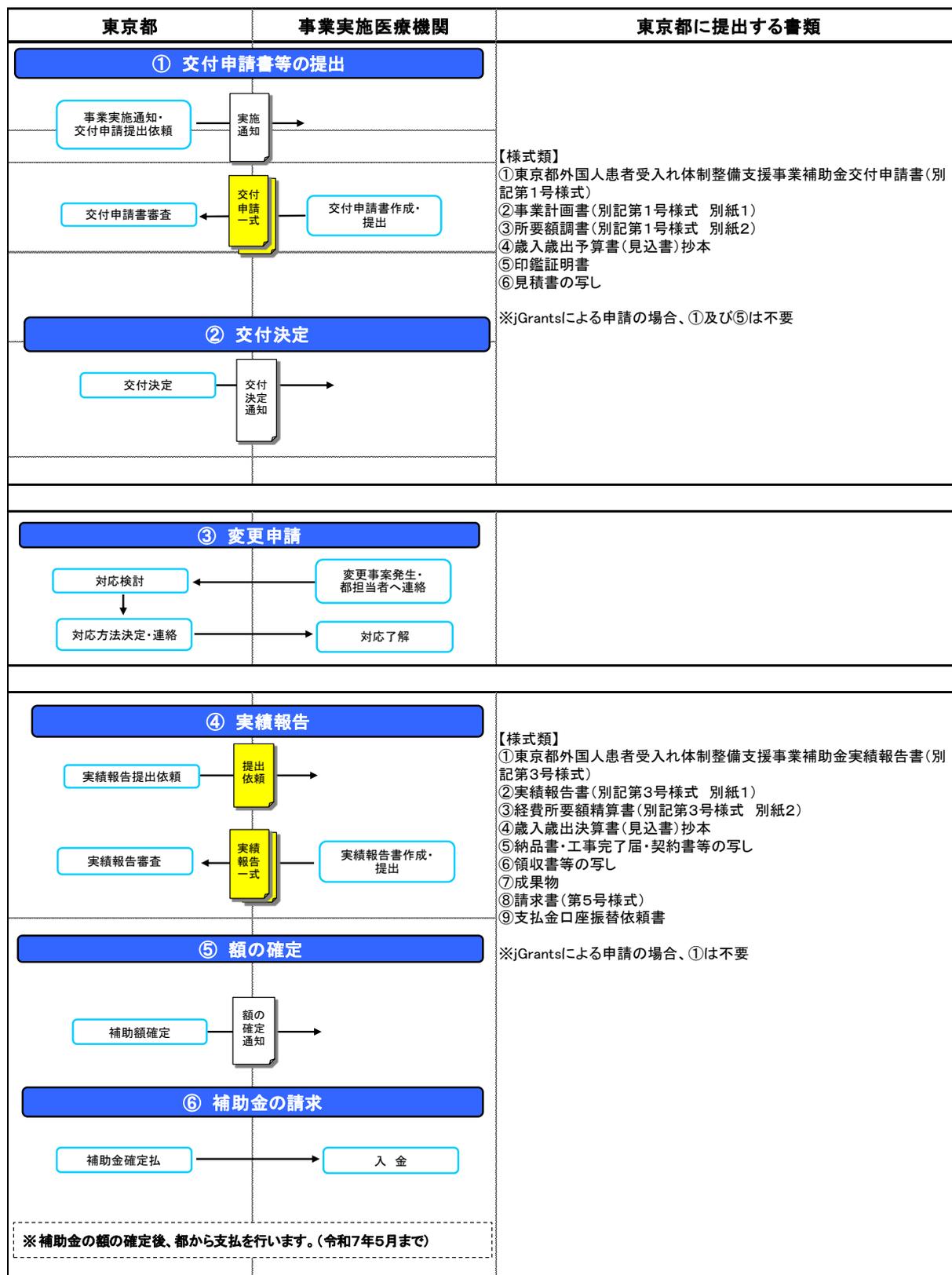
事業の進捗状況等により、上述したスケジュールと時期が異なる場合がありますので、御承知おきください。

### (4) その他

事業の進捗状況等により、この手引きに記載のない事項につきまして御対応いただく場合があります。その際は、別途御連絡いたします。

## 8 担当者連絡先

東京都保健医療局医療政策部医療政策課医療改革推進担当  
 (住所) 〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号  
 (電話) 03(5320)4448 (FAX) 03(5388)1436  
 (メールアドレス) [S1150401@section.metro.tokyo.jp](mailto:S1150401@section.metro.tokyo.jp)



※上記スケジュールについては、今後の事業実施状況により変更となる場合があります。

# 東京都外国人患者受入れ体制整備支援事業実施要綱

平成29年7月21日29福保医政第709号  
一部改正 令和2年3月18日31福保医政第2086号

## 第1 目的

本事業は、外国人が言葉や文化の隔てなく、症状に応じて安心して医療機関を受診できるよう、医療機関が外国人患者を受け入れるに当たり必要な整備への支援を行い、外国人患者への医療提供体制を充実することを目的とする。

## 第2 実施主体

本事業の実施主体は、東京都内において、医療法（昭和23年法律第205号）第7条の規定に基づき許可を受けた病院若しくは診療所又は同法第8条の規定に基づき届出をした診療所の開設者とする。

## 第3 事業内容

医療機関における文書や案内表示の多言語化等、外国人患者の受入れ体制の整備を支援する。

## 第4 整備対象

本事業では、医療機関における外国人患者の受入れ体制の充実を目的とした以下の整備を対象とする。

- 1 多言語対応ツールの導入
- 2 院内文書の多言語化
- 3 案内表示の多言語化
- 4 ホームページの多言語化
- 5 外国人患者の受入れに対応するためのシステムの導入
- 6 職員の語学力の向上等（研修、通信講座等の受講）

## 第5 その他

この要綱に定めるもののほか、この事業の実施に関し必要な事項は、別に定める。

### 附 則

この要綱は、平成29年7月21日から施行し、平成29年4月1日から適用する。

### 附 則

この要綱は、令和2年4月1日から適用する。

## 東京都外国人患者受入れ体制整備支援事業補助金交付要綱

- 平成29年8月7日29福保医政第901号  
一部改正 令和2年1月14日31福保医政第1636号  
一部改正 令和2年3月31日31福保医政第2215号  
一部改正 令和4年3月29日3福保医政第2199号  
一部改正 令和5年3月27日4福保医政第2256号  
一部改正 令和5年6月15日5福保医政第590号  
一部改正 令和6年3月25日5保医医政第1498号

### 第1 目的

この要綱は、東京都外国人患者受入れ体制整備支援事業実施要綱（令和2年3月18日付31福保医政第2086号。以下「実施要綱」という。）に基づいて行う、東京都外国人患者受入れ体制整備支援事業補助金（以下「補助金」という。）の交付に関し必要な事項について定め、事業の適切な運営を図ることを目的とする。

### 第2 補助対象者

都内に所在する病院又は診療所（歯科診療所は除く。以下「医療機関」という。）であって、次の1又は2に該当する医療機関のうち、東京都知事（以下「知事」という。）が適当と認めるもの。ただし、次の3に該当する医療機関は除く。

- 1 「外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関」（以下「拠点的な医療機関」という。）に選定されている医療機関、又は「拠点的な医療機関」への応募を検討している医療機関
- 2 次の（1）及び（2）に該当する医療機関
  - （1）医療機能情報報告の対応可能な外国語に関する報告項目において、1言語以上「受入可能」と回答している医療機関
  - （2）直近3か月の間に、外国語で対応した外国人患者の延べ患者数が、病院は180人以上、診療所は45人以上の医療機関
- 3 次の（1）から（3）のいずれかに該当する医療機関
  - （1）一般財団法人日本医療教育財団が実施する外国人患者受入れ医療機関認証制度（JMIP）の認証を取得したことがある医療機関
  - （2）開設者が次のアからエのいずれかに該当する医療機関
    - ア 地方自治法（昭和22年法律第67号）第1条の3に規定する地方公共団体
    - イ 地方独立行政法人法（平成15年法律第118号）第2条第1項に規定する地方独立行政法人及び同条第2項に規定する特定独立行政法人

ウ 独立行政法人通則法（平成11年法律第103号）第2条第1項に規定する独立行政法人及び同条第2項に規定する特定独立行政法人

エ 国立大学法人法（平成15年法律第120号）第2条第1項に規定する国立大学法人

(3) この補助金の交付を受けたことがある医療機関（令和元年度以前にこの補助金の交付を受けた医療機関が、別表の2（6）に定める経費を初めて申請する場合を除く。）

### 第3 補助金の交付額

この補助金の交付額は、別表の第1欄に定める基準額と第2欄に定める対象経費の実支出額から寄附金その他収入額を控除した額とを比較して少ない方の額に第3欄に定める補助率を乗じた額を、東京都の予算の範囲内で交付するものとする。ただし、1,000円未満の端数が生じたときには、これを切り捨てるものとする。

### 第4 交付申請

補助金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、別に指定する期日までに別記第1号様式による交付申請書に關係書類を添えて知事に提出しなければならない。

### 第5 交付決定及び通知

知事は、第4の規定による補助金の交付申請があったときは、その内容を審査し、適当と認めるときは第7に掲げる事項を条件に補助金の交付決定をするものとし、その決定の内容を別記第2号様式により申請者に通知するものとする。

### 第6 変更交付申請

申請者は、この補助金の交付の決定後、事情の変更により申請の内容を変更して追加交付申請を行う場合には、第4に定める規定に準じて、別に指定する期日までに申請するものとする。

### 第7 申請の撤回

申請者は、この交付の決定の内容又はこれに付けた条件に異議があるときは、この交付決定の通知受領後14日以内に申請の撤回をすることができる。

### 第8 交付の条件

この補助金の交付条件は次のとおりとする。

#### 1 事情変更による決定の取消し等

(1) 知事は、第5の規定による補助金の交付を決定した場合において、その後の事情

の変更により特別の必要が生じたときは、補助金の交付の決定の全部若しくは一部を取り消し、又はその決定内容若しくはこれに付けた条件を変更することができる。

ただし、補助事業のうち、既に経過した期間に係る部分については、この限りでない。

(2) (1)の規定により補助金の交付の決定を取り消すことができる場合は、天災地変その他補助金の交付の決定後生じた事情の変更により、補助事業の全部又は一部を継続する必要がなくなった場合に限る。

(3) (1)の規定による補助金の交付の決定の取消しにより特別に必要となった事務又は事業に対して、次に掲げる経費に係る補助金等を交付することができる。

ア 補助事業等に係る機械、器具及び仮設物の撤去その他の残務処理に要する経費

イ 補助事業を行うため締結した契約の解除により必要となった賠償金の支払に要する経費

(4) (3)の規定による補助金の額の同項各号に掲げる経費の額に対する割合は、

(1)の規定による取消しに係る補助事業についての補助金に準ずるものとする。

## 2 承認事項

補助金の交付の決定を受けた者（以下「補助事業者」という。）は、補助事業が次のいずれかに該当する場合は、あらかじめその理由及びその他必要事項を記載した書面を知事に提出し、承認を受けなければならない。ただし、(1)及び(2)に規定する事項のうち軽微なものについては、この限りでない。

(1) 補助事業に要する経費の配分を変更しようとするとき。

(2) 補助事業の内容を変更しようとするとき。

(3) 補助事業を中止し、又は廃止しようとするとき。

## 3 事故報告

(1) 補助事業者は、補助事業が予定の期間内に完了しない場合又はその遂行が困難となった場合は、速やかにその理由その他必要事項を書面により知事に報告しなければならない。

なお、補助事業の完了予定日は、補助金の交付の決定日が属する東京都の会計年度の終了日以前でなければならない。

(2) (1)の規定による報告に基づき、必要な指示を与えられた場合は、補助事業者は、直ちにその指示に従わなければならない。

## 4 状況報告

知事は、補助事業の円滑適正な執行を図るため、必要と認めるときは、補助事業の実施状況、経理状況その他必要な事項について、報告を徴し、又は検査を行うことがある。

## 5 遂行命令等

- (1) 知事は、補助事業者が提出する報告書及び地方自治法第221条第2項の規定による調査等により、補助事業が交付の決定の内容又はこれに付けた条件に従って遂行されていないと認めるときは、補助事業者に対し、これらに従って当該補助事業を遂行するよう命ずることができる。
- (2) 補助事業者が(1)の命令に違反したときは、知事は、補助事業者に対し、当該補助事業の一時停止を命ずることができる。
- (3) (2)の一時停止を命ずる場合において、補助事業者が補助金の交付の決定の内容又はこれに付けた条件に適合させるための措置を、指定する期日までにとらないときは、知事は、10の規定により当該補助金の交付の決定の全部又は一部を取り消すことができる。

## 6 調書の作成

補助事業者は、補助金と事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出について証拠書類を整理し、かつ当該帳簿及び証拠書類を事業の完了の日(事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、その承認を受けた日)の属する年度の終了後5年間保管しておかなければならない。

## 7 実績報告

- (1) 補助事業者は、補助事業が完了したとき、又は東京都の会計年度の終了したときは、別記第3号様式による事業実績報告書に関係書類を添えて、知事に提出しなければならない。
- (2) 補助金の交付年度から3年間、外国人患者の受入れ状況に関する調査(別記第4号様式)を提出するなど東京都に協力すること。

## 8 補助金額の確定等

知事は、7の規定による事業実績の報告があったときは、事業実績報告書の審査及び必要に応じて行う現地調査等を行い、補助事業の成果が補助金の交付の決定内容及びこれに付けた条件に適合すると認めるときは、交付すべき補助金の額を確定し、補助事業者に通知するものとする。

## 9 是正のための措置

知事は、8の規定による調査等の結果、補助事業の成果が補助金の交付の決定内容及びこれに付けた条件に適合しないと認めるときは、補助事業者に対し、これに適合させるための措置をとるべきことを命ずることができる。

## 10 決定の取消し

- (1) 知事は、補助事業者が次のいずれかに該当するときは、補助金の交付の決定の全部又は一部を取り消すことができる。
  - ア 偽り、その他不正の手段により補助金の交付を受けたとき。
  - イ 補助金を他の用途に使用したとき。
  - ウ 補助金の交付決定の内容又はこれに付けた条件、その他法令又はこの要綱によ

る指示に違反したとき。

- (2) (1)の規定は、8の規定により交付すべき補助金額の確定があった後においても適用する。

#### 11 補助金の返還

(1) 知事が10の(1)の規定によりこの交付の決定の全部又は一部を取り消した場合において、補助事業者が補助事業の当該取消しに係る部分に関し、既に補助金を受領している場合には、指定する期日までに取り消された金額を返還しなければならない。

(2) (1)の規定は、8の規定により交付すべき補助金の額が確定した場合において、既にその額を超える補助金を受領している場合においても適用する。

#### 12 違約加算金及び延滞金

(1) 10の規定により、知事が補助金の交付決定の全部又は一部の取消しをした場合において、補助金の返還を命じたときは、補助事業者はその命令に係る補助金の受領の日から納付の日までの日数に応じ、当該補助金の額（その一部を納付した場合におけるその後の期間については、既納額を控除した額）につき、年10.95パーセントの割合で計算した違約加算金（100円未満の場合を除く。）を納付しなければならない。

(2) 知事が補助事業者に対し、補助金の返還を命じた場合において、補助事業者がこれを納期日までに納付しなかったときは、納期日の翌日から納付の日までの日数に応じ、その未納付額につき年10.95パーセントの割合で計算した延滞金（100円未満の場合を除く。）を納付しなければならない。

#### 13 違約加算金の計算

(1) 補助金が2回以上に分けて交付されている場合における12の(1)の規定の適用については、返還を命じた額に相当する補助金は、最後の受領の日を受領したものとし、当該返還を命じた額がその日に受領した額を超えるときは、当該返還を命ぜられた額に達するまで順次さかのぼりそれぞれの受領の日において受領したものとする。

(2) 知事が12の(1)の規定により、加算金の納付を命じた場合において、補助事業者の納付した金額が返還を命じた補助金の額に達するまでは、その納付額は、まず当該返還を命じた補助金の額に充てるものとする。

#### 14 延滞金の計算

知事が12の(2)の規定により、延滞金の納付を命じた場合において、補助事業者が返還を命じられた補助金の未納付額の一部を納付したときは、当該納付の日の翌日以後の期間に係る延滞金の計算の基礎となるべき未納付額は、その納付金額を控除した額によるものとする。

#### 15 維持管理

補助事業者は、補助事業により取得し、又は効用を増加した財産（以下「財産」という。）については、事業完了後においても善良な管理者の注意をもって管理するとともに、その効率的な運営を図らなければならない。

#### 16 財産の処分

(1) 補助事業者は、財産を(2)に定める期間を経過するまで知事の承認を受けずに補助金の交付の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け、担保に供し、又は廃棄してはならない。

(2) (1)の規定による財産の処分の制限期間は、地方公営企業法施行規則（昭和27年総理府令第73号）及び減価償却資産の耐用年数等に関する省令（昭和40年大蔵省令第15号）で定める耐用年数とする。

(3) 知事の承認を受けて、財産を処分することにより収入があった場合には、知事は、その収入の全部又は一部を納付させることができる。

#### 17 補助金に係る消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額

補助事業者は、補助事業完了後に、消費税及び地方消費税の申告により補助金に係る消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額が確定した場合は、別記第5号様式により速やかに知事に報告しなければならない。この場合、知事は、当該消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額相当額の全部又は一部を返還させることができる。

#### 18 他の補助金等との重複の禁止

この補助事業により補助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補助金等の交付を受けてはならない。

#### 19 その他

補助事業者は補助事業完了後、都の外国人への医療提供等に関する取組に協力すること。また、補助事業者のうち、「拠点的な医療機関」に選定されていない医療機関においては、本医療機関への応募を積極的に検討すること。

### 第9 契約方法

補助事業に係る契約については、保健医療局医療政策部医療施設等施設・設備整備費等補助金に係る契約手続き基準（平成17年4月1日付16福保医政第1450号）によることとする。

### 第10 知事の承認他

1 特別の事情により、上記第3、第4及び第8の7に定める算定方法及び手續によることができない場合には、あらかじめ知事の承認を受けてその定めるところによるものとする。

2 ここに定めるもののほか、この補助金の交付については、東京都補助金等交付規則（昭和37年東京都規則第141号）の定めるところによるものとする。

附 則

この要綱は、平成29年8月7日から施行し、平成29年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、決定の日から適用する。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、令和5年7月1日から適用する。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から適用する。

別表

1 基準額	2 対象経費	3 補助率
<p>1 医療機関当たり 1, 300 千円</p>	<p>下記（1）から（6）の整備を対象経費とする。</p> <p>（1）多言語対応ツールの導入  受付・会計、診療、検査、入院の各場面において利用できる多言語対応ツール（会話集、指差しツール、翻訳機や通訳機能等を備えたタブレット端末等（スマートフォンは除く。）等）の作成又は導入に係る費用</p> <p>（2）院内文書の多言語化  院内文書（問診票や検査の説明資料、院内スタッフの名札等）の多言語化のための翻訳・作成に係る費用</p> <p>（3）案内表示の多言語化  多言語化のための翻訳・作成に係る費用</p> <p>（4）ホームページの多言語化  多言語化のための翻訳・作成に係る費用</p> <p>（5）外国人患者の受入れに対応するためのシステムの導入  多言語対応のためのシステム（診療予約システム等）及び外国人患者の受入れ状況の把握のためのシステムの導入・改修</p> <p>（6）職員の語学力の向上等（研修、通信講座等の受講）  民間団体等が実施している医療通訳養成研修・通信講座その他の医療従事者向けの語学に関連した研修・通信講座等の受講に係る費用</p>	<p>2分の1</p>

# 交付申請で使用する様式

## (記載例)

- (1) 東京都外国人患者受入れ体制整備支援事業補助金に係る交付申請書  
(別記第1号様式)

※ jGrants で申請される場合は提出不要です。

- (2) 東京都外国人患者受入れ体制整備支援事業計画書  
(別記第1号様式 別紙1)

- (3) 経費所要額調 (別記第1号様式 別紙2)

- (4) 歳入歳出予算書(見込書)抄本

別記第1号様式

貴法人で、文書の発番号があれば、記入してください。なければ空欄で構いません。

(補助事業者の文書番号を記載)

令和〇年〇月〇日

東京都知事 殿

権限を病院長等に委任している場合には、医療機関の所在地、名称を記入し、委任状で使用している印を使用してください。

申請者  
所在地 東京都〇〇区△△町一丁目1  
名称 医療法人社団〇〇会  
代表者役職氏名 理事長 ×× 〇〇

印鑑証明書と同じ印を使用してください。

印

令和〇年度東京都外国人患者受入れ体制整備支援事業補助金に係る交付申請書

標記について、次により補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

1 補助申請額 金 600,000円

2 添付書類

- (1) 東京都外国人患者受入れ体制整備支援事業計画書 (別紙1)
- (2) 経費所要額調 (別紙2)
- (3) 歳入歳出予算書 (見込書) 抄本 (当該補助事業の支出予定額が記載されているもの)
- (4) 印鑑証明書
- (5) その他参考となる書類

担 当 部 署 : 〇〇部  
担 当 者 名 : 〇〇 △△  
電 話 : 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇  
ファクシミリ : 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇  
メールアドレス : 〇〇〇〇@△△.jp

令和〇年度東京都外国人患者受入れ体制整備支援事業計画書

1 補助対象であることの確認

以下の項目について、該当するものに「○」を記入し

(1) から (3) のいずれかに該当する医療機関を補助対象とします。

(1) 「外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関」	
(2) 上記 (1) に該当しない場合のみ回答してください。 「外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関」応募することを検討しているか。	
(3) 上記 (1) ・ (2) どちらにも該当しない場合のみ回答してください。 医療機能情報報告の外国語対応に関する報告において1言語以上「受入可能」と回答し、かつ、直近3か月の間に外国語で対応した延べ外国人患者数が、病院は180人以上、診療所は45人以上いる。	

2 実施計画等

(1) 外国人患者の来院状況や受入れの現状及び本事業を実施するに至った理由や背景を記入してください。

**自由記述(※記入必須)**

(2) 外国人患者の受入れ体制についての現在の課題及び目標を記入してください。

**自由記述(※記入必須)**

(3) (2) で記載した課題の解決や目標の達成に向けて本事業をどのように活用していきたいか記入してください。

**自由記述(※記入必須)**

(4) 具体的な事業実施内容

(ア) 補助金を活用して実施する取組について記入してください。

※補助対象となるのは交付決定後に開始する事業のみです。

区分	補助金申請 (○を記入)	具体的な実施計画	
		年 月	取組内容・活用方法

①多言語対応ツールの導入	○	令和○年10月	○通訳用タブレット購入 →外国人患者が来院された際の、受付や問診、会計に活用する。現在、1日平均○人の外国人患者が来院されており、同じ時間に複数名の外国人患者が来院されることを想定し、○台を整備する。
②院内文書の多言語化	○	令和○年10月 令和○年11月	・院内文書の確認を行い、翻訳が必要な文書を抽出 ・翻訳会社に発注～納品 →問診票を多言語化することで、受付から診察まで円滑に実施できるようにする。また、多言語対応のパンフレットやQ&Aを作成し、より多くの外国人患者が来院できるようにする。
③案内表示の多言語化	○	令和○年10月 令和○年11月	多言語化が必要な表示・看板の検討 発注～工事施工 →外国人患者が来院した際に適切な案内に基づき、診療にかかりやすくするため、院内表示板の多言語化を行う。また、院外の看板についても、診療科目の英語表記を新たに追加した。
④ホームページの多言語化			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p><b>交付決定日以降、令和7年3月31日までに実施する整備に係る費用を補助対象とします。</b></p> </div>
⑤外国人患者の受入れに対応するためのシステムの導入			
⑥職員の語学力の向上等（研修、通信講座等の受講）	○	令和○年10月 令和○年10月 令和○年12月	・医療通訳養成研修申込 ・医療通訳養成研修の受講開始 ・医療通訳養成研修の受講修了 →英語に加え、近年、○○語に対する需要が高まっているため、○○語向上のための研修を、○○（医師、看護師、受付事務）が、受講する。

(イ) (ア) 以外で実施する取組がある場合には、取組内容について記入してください。

年 月	取組内容
令和○年○月 令和○年△月	○○を購入 ××△△を実施

(1) 基本情報

(ア) 病床	ある	<input type="radio"/>	許可病床	50 床	なし	
--------	----	-----------------------	------	------	----	--

※許可病床：医療法等に届出を行っている許可病床数

(イ) 標榜診療科

内科、小児科、整形外科
(うち、外国人への診療が可能な診療科) 内科、小児科

(ウ) 外国人対応部署について

外国人対応部署名	医療連携室		
外国人案内用電話番号	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇	外国人案内用ファクシミリ番号	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇

(エ) 受付時間

基本となる受付時間	月	火	水	木	金	土	日	祝	備考
① 9:00 ~ 12:00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
② 14:00 ~ 18:00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>				
③									
④									
⑤									
⑥									

(オ) ホームページ

ホームページURL 1	日本語	<a href="http://www.〇〇△△××.jp/">http://www.〇〇△△××.jp/</a>
ホームページURL 2	英語	<a href="http://www.〇〇△△××.jp/en">http://www.〇〇△△××.jp/en</a>
ホームページURL 3	語	
ホームページURL 4	語	
ホームページURL 5	語	

(カ) 支払方法 (③から⑤については、該当する欄に〇を記入してください。なお、③は複数回答可。)

① 現金	(日本円以外で利用できる通貨があれば記入)						
② デビットカード	(対応会社を記入)						
③ クレジットカード	VISA	<input type="radio"/>	MASTER	<input type="radio"/>	AMEX	<input type="radio"/>	
	Diners Club	<input type="radio"/>	JCB	<input type="radio"/>	中国銀聯	<input type="radio"/>	
④ トラベラーズチェック							
⑤ 小切手							

(キ) 外国人自費診療時の金額 (該当する欄に〇を記入してください。)

診療報酬点数の	10割	20割	左記以外 (数字を記入)
		<input type="radio"/>	割

自費診療時の金額設定で工夫していることがあれば記入してください。

自由記述(任意)
----------

(2) 外国人患者への対応方法

(ア) 言語別対応方法

日常会話以上での対応が可能な場合、○を記入してください。

専門的な医療用語を用いての対応が可能な場合、◎を記入してください。

		職員による対応							民間通訳事業者の手配	ボランティア通訳の手配	電話等による通訳対応	アプリケーションを用いた対応
		医師	看護師	薬剤師	診療放射線技師	その他専門職	医療コーディネーター	医療通訳				
アジア圏	中国語	○	○				○	◎				○
	韓国語			◎								○
	ヒンディー語											
	マレー語											
	ベトナム語										○	
	タガログ語										○	
	タイ語									◎		
	アラビア語											
	ネパール語									○		
欧米圏	英語	◎					○	◎	○			○
	フランス語											
	ドイツ語											
	イタリア語											
	スペイン語											
	ポルトガル語											
	ロシア語											
その他												

上記に関して特記事項等がある場合は記入してください。

自由記述(任意)

## (3) その他

(ア) 翻訳体制（該当する欄に○を記入してください。）

各種書類・帳票の翻訳対応	院内対応		担当部署	
	翻訳会社対応	○	翻訳会社名	株式会社〇〇〇〇

(イ) 海外医療保険会社との提携（該当する欄に○を記入してください。）

海外医療保険会社との提携	ある	○	⇒	（「ある」の場合） 提携している 保険会社名	〇〇△△社
	なし				

(ウ) 外国人患者への対応に関する研修（該当する欄に○を記入してください。複数回答可。）

①院内で外国人患者への対応方法に関する研修を開催したことがある。	
②院外の外国人患者への対応方法に関する研修に職員が参加したことがある。	○
③研修を開催したことはなく、外部の研修へ職員を参加させたこともない。	

上記に関して特記事項等がある場合は記入してください。

自由記述(任意)

4 外国人患者の受入れ実績について

**記載例**

(1) 外国人患者数（直近3か月）

対象期間	令和5年3月1日	から	令和5年5月31日	まで
対象期間診療実日数	61日			

(ア) 国・地域別外国語対応を行った外国人患者数 (単位：人)

区分		外来患者数	入院患者数
アジア	韓国	30	10
	再来患者数を含めて計上 します。例えば、1人の 患者が対象期間内に2回	25	15
		5	0
		10	4
		シンガポール	8
	マレーシア	0	0
	フィリピン	12	0
	ベトナム	0	10
ネパール	14	0	
ヨーロッパ	英国	3	5
	フランス	3	0
	ドイツ	0	0
	イタリア	0	0
	ロシア	0	0
	スペイン	0	5
北米	アメリカ	10	1
	カナダ	0	1
その他	インド	10	0
外国語で対応した外国人患者数（総計）(A)		130	60

(イ) 日本人患者数及び日本語で対応した外国人患者数 (単位：人)

区分	外来患者数	入院患者数
日本人患者数及び日本語で対応した外国人患者数(B)	5,000	1,200

(ウ) 患者数総計 (単位：人)

区分	外来患者数	入院患者数
総計 (A)+(B)	5,130	1,260

(2) 外国人患者の医療保険加入状況

(単位: **記載例**)

区分	外来患者数	入院患者数
国保	45	41
社保	30	0
海外医療保険	25	14
その他	0	0
無保険	30	5
合計	130	60

(3) 未収金の発生状況

外国人患者による未収金発生件数	1 件
金額	1,000,000 円

未収金事例がない場合は「0件」「0円」と記入してください。

※(1)における調査期間と同時期における未収金の状況を記入してください。

未収金発生事例がある場合、具体的にどのような事例であったか詳細を記入してください。

(患者の国籍・性別・年齢、訪日外国人・在留外国人の別、対応言語、病状及び行った治療、未収になった原因等)

40代中国人旅行者(男性)  
○○の症状を訴え、入院。  
△△検査、××を実施。  
無保険で手持ちのお金も充分でなく、帰国後支払うと約束の上退院したが、支払はされず未収になる。

経費所要額調

(補助事業者名 医療法人〇〇会 〇×病院)

	(A)※ 対象経費の 支出予定額	(B) 寄附金その他の 収入予定額	(C) 差引額 (A-B)	(D) 基準額	(E) 選定額 (CとDを比較して 少ない方の額)	(F) 補助金額 (E) × 1/2
東京都外国人患者受入れ体制 整備支援事業補助金	1,200,500 円	0 円	1,200,500 円	1,300,000 円	1,200,000 円	600,000 円

(注) E「選定額」及びF「補助金額」に1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨て

※A「対象経費の支出予定額」について、以下に積算内訳を記入すること。

**支出予定額の内訳を記入してください。  
消費税を含めた金額をご記載ください。  
また、金額の根拠となる見積書の写しを添付してください。**

支出予定額	積算内訳
55,000 円	通訳用タブレット購入 55,000円
445,000 円	院内資料の翻訳費用 日本語→英語 @4,400円×50単位=220,000円 日本語→中国語 @4,500円×50単位=225,000円
590,500 円	多言語案内表示の制作 翻訳費 95,500円 制作費 275,000円 工事費 220,000円
110,000 円	医療通訳養成研修 受講費55,000円×2名=110,000円
計 1,200,500 円	

## 歳入歳出予算書（見込書）抄本

歳入	歳出
東京都 外国人患者受入れ体制整備支援事業補助金 600,000円	通訳用タブレット購入費 55,000円 院内資料の翻訳費 445,000円
自己資金 600,500円	多言語案内表示の制作費 590,500円 医療通訳養成研修 110,000円
合計 1,200,500円	合計 1,200,500円

令和〇年度東京都外国人患者受入れ体制整備支援事業に関する歳入歳出予算書（見込書）は、上記のとおりである。

令和〇年〇月〇日

権限を病院長等に委任している場合には、医療機関の所在地、名称を記入し、委任状で使用している印を使用してください。

所在地 東京都〇〇区△△町一丁目  
法人名 医療法人社団〇〇会  
代表者職氏名 理事長 ×× 〇〇  
医療機関名 〇〇病院

印鑑証明書と同じ印を使用してください。

（jGrantsで申請する場合は押印不要）

印

# 実績報告で使用する様式

## (記載例)

- (1) 東京都外国人患者受入れ体制整備支援事業補助金に係る実績報告  
(別記第3号様式)

※ jGrants で申請される場合は提出不要です。

- (2) 東京都外国人患者受入れ体制整備支援事業実績報告書  
(別記第3号様式 別紙1)

- (3) 経費所要額精算書 (別記第3号様式 別紙2)

- (4) 歳入歳出予算書抄本

- (5) 請求書

- (6) 支払金口座振替依頼書

貴法人で、文書の発番号があれば、記入してください。なければ空欄で構いません。

別記第3号様式

(補助事業者の文書番号を記載)  
令和〇年〇月〇日

東京都知事 殿

権限を病院長等に委任している場合には、医療機関の所在地、名称を記入し、委任状で使用している印を使用してください。

申請者  
所在地 東京都〇〇区△△町一丁目  
名称 医療法人社団〇〇会  
代表者役職氏名 ×× 〇〇

印鑑証明書と同じ印を使用してください。

印

令和〇年度東京都外国人患者受入れ体制整備支援事業補助金に係る実績報告

令和〇年△△月△△日付〇保医医政第〇〇号で交付決定を受けた標記について次のとおり関係書類を添えて報告します。

1 補助精算額 金 600,000円

経費所要額精算書の「(H)補助金精算額」を記載してください。

2 添付書類

- (1) 東京都外国人患者受入れ体制整備支援事業実績報告書 (別紙1)
- (2) 経費所要額精算書 (別紙2)
- (3) 歳入歳出予算書抄本
- (4) その他参考となる書類

担 当 部 署 : 〇〇部  
 担 当 者 名 : 〇〇 △△  
 電 話 : 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇  
 ファクシミリ : 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇  
 メールアドレス : 〇〇〇〇@△△.jp

医療機関名

〇×病院

- 1 事業実施により得られた効果を記入してください。(特に事業計画書の2(2)で記載した課題の解決や目標の達成に繋がったかという点を踏まえて記入してください。)

自由記述(※記入必須)

- 2 外国人患者の受入れ体制についての今後の課題を記入してください。

自由記述(※記入必須)

- 3 外国人患者の受入れ体制について今後更に取り組んでいくことがあれば記入してください。

自由記述(※記入必須)

4 具体的な事業実施内容

(1) 補助金を活用して実施した取組について記入してください。

区分	補助金申請 (○を記入)	具体的な実施内容	
		年月	取組内容
①多言語対応ツールの導入	○	令和○年10月	通訳用タブレット○台購入
②院内文書の多言語化	○	令和○年10月 令和○年11月 令和○年12月	翻訳会社に発注 適切な外国語への翻訳のため、校正を複数回 実施 納品
③案内表示の多言語化	○	令和○年10月 令和○年10月 令和○年10月 令和○年12月	多言語化が必要な表示・看板の検討 発注 工事施工 工事竣工
④ホームページの多言語化			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">                     交付決定日以降、令和7年3月31日までに実施する整備に係る費用を補助対象とします。                 </div>
⑤外国人患者の受入れに対応するためのシステムの導入			
⑥職員の語学力の向上等（研修、通信講座等の受講）	○	令和○年10月 令和○年10月 令和○年12月	医療通訳養成研修申込 医療通訳養成研修の受講開始 医療通訳養成研修の受講終了

(2) (1) 以外で実施した取組がある場合には、取組内容について記入してください。

年月	取組内容

経費所要額精算書

(補助事業者名 医療法人〇〇会 ○×病院 )

	(A) ※ 対象経費の 実支出額	(B) 寄附金その他の 収入予定額	(C) 差引額 (A-B)	(D) 基準額	(E) 選定額 (CとDを比較して 少ない方の額)	(F) 補助所要額 (E) × 1/2	(G) 補助金 交付決定額	(H) 補助金精算額 (FとGを比較して 少ない方の額)
東京都外国人患者受入れ体制 整備支援事業補助金	1,305,500 円	0 円	1,305,500 円	1,300,000 円	1,300,000 円	650,000 円	600,000 円	600,000 円

(注) E「選定額」及びF「補助金額」に1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てた額を記入すること。

※A「対象経費の実支出額」について、以下に内訳を記載すること。  
納品書や領収書等の写しを添付すること。

都から送付された交付決定通知の補助金額と一致

実支出額	積算内訳
55,000 円	通訳用タブレット購入 55,000円
495,000 円	院内資料の翻訳費用 日本語→英語 @4,400円×50単位=220,000円 日本語→中国語 @5,500円×50単位=275,000円
645,500 円	多言語案内表示の制作 翻訳費 95,500円 制作費 275,000円 工事費 275,000円
110,000 円	医療通訳養成研修 受講費55,000円×2名=110,000円
計 1,305,500 円	

納品書及び領収書の写し・  
成果物を添付すること。

## 歳入歳出予算書抄本

歳入	歳出
東京都 外国人患者受入れ体制整備支援事業補助金 600,000円	通訳用タブレット購入費 55,000円
自己資金 705,500円	院内資料の翻訳費 495,000円
	多言語案内表示の制作費 645,500円
	ホームページの翻訳費 110,000円
合計 1,305,500円	合計 1,305,500円

令和〇年度東京都外国人患者受入れ体制整備支援事業に関する歳入歳出予算書は、上記のとおりである。

令和〇年〇月〇日

権限を病院長等に委任している場合には、医療機関の所在地、名称を記入し、委任状で使用している印を使用してください。

所在地 東京都〇〇区△△町一丁目  
法人名 医療法人社団〇〇会  
代表者職氏名 理事長 ×× 〇〇  
医療機関名 〇〇病院

印鑑証明書と同じ印を使用してください。

(jGrantsで申請する場合は押印不要)

印

番 号

請 求 書

貴法人で、文書の発番号があれば、記入してください。なければ空欄で構いません。

金 600,000円

経費所要額精算書の「(H) 補助金精算額」を記載してください。

ただし、令和〇年度東京都外国人患者受入れ体制整備支援事業補助金として、上記金額を請求します。

年 月 日

日付は空欄で結構です。

東 京 都 知 事 殿

所 在 地 東京都〇〇区△△町一丁目

権限を病院長等に委任している場合には、医療機関の所在地、名称を記入し、委任状で使用している印を使用してください。

名 称 医療法人社団〇〇会

氏 名 ×× 〇〇

印

印鑑証明書と同じ印を使用してください。

(jGrantsで申請する場合は押印不要)

## 支払金口座振替依頼書

(新規・変更用)

年 月 日

東京都知事 殿

日付は空欄で結構です。

東京都から私に支払われる令和〇年度東京都外国人患者受入れ体制整備支援事業補助金は口座振替により受領することを希望します。ついては、今後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。

依頼人

住所 東京都〇〇区△△町一丁目

(連絡先電話番号 03-●●〇〇-△△▲▲)

氏名 医療法人●×会 理事長 ×× ●●

注) 請求書記載の住所、代表者氏名を記載してください。

印

印鑑証明書と同じ印を使用してください。(j Grantsで申請する場合は押印不要)

人の場合は、法人名及び代表者職・氏名)

権限を病院長等に委任している場合には、医療機関の所在地、名称を記入し、委任状で使用している印を使用してください。

振込先金融機関名	本・支店名	金融機関・支店コード	種目	口座番号 (右詰めで記入)								
東京 <small>銀行・信用金庫 信用組合・農協</small>	新宿 <small>本店 支店</small>	1 1 1 1 2 2 2	1	3	4	5	6	7	8	9		
口座名義人 (カタカナ) 30文字まで												
イ リ ヨ ウ ホ ウ シ ャ ン マ ル ハ ッ ツ カ イ リ シ ャ チ ヨ ウ ハ ッ ツ ハ ッ ツ マ ル												

\* 種目：預金種目は、次のコードを記入願います。 : 1普通、2当座、4貯蓄

## ご注意

- 新規・変更の該当する部分を○で囲んでください。
- 振込先の口座は依頼人ご本人の口座に限ります。(法人の場合は当該法人の口座に限ります。)
- 変更の場合は変更箇所のみご記入ください。