

福岡県電子処方箋導入促進費補助金交付申請書(兼)実績報告書

申請日:令和 年 月 日

住所又は所在地 〒

開設者名(法人名)

代表者氏名

(署名または押印)

印

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する。

| | | | |
|----------------------|--|--|--|
| 施設名称 | | | |
| 担当者名/連絡先/ メールアドレス | | | |

1. 該当する区分に○を記入してください。

| | | | | | | | |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|------|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | ①大規模病院 (病床数200床以上) | <input type="checkbox"/> | ②病院 (大規模病院以外) | <input type="checkbox"/> | ③診療所 | <input type="checkbox"/> | ④薬局 |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|------|--------------------------|-----|

2. 保険医療機関コード(10桁)を記入してください。

| | | | | | | | | | | |
|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 保険医療 機関コード | | | | | | | | | | |
|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

3. 電子処方箋管理サービスを導入した日付を記入してください。

令和 年 月 日

4. 該当する申請区分のいずれか一つに○を記入してください。(基金に申請した内容と同じものを選択)

| | | | | | |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ①基本機能のみ (要綱4条(1)) | <input type="checkbox"/> | ②追加機能のみ (要綱4条(2)) | <input type="checkbox"/> | ③基本機能と追加機能の同時導入 (要綱4条(3)) |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|------------------------------|

5. 電子処方箋管理サービスにかかった金額のうち、補助金対象となる分の金額を記入してください。

| | | | |
|-------|----------------------|---|--|
| 対象事業費 | <input type="text"/> | 円 | ※国(社会保険診療報酬支払基金)に申請し、対象事業費として認められた金額を記入してください。 |
| 比較額 | <input type="text"/> | 円 | ※対象事業費に補助率をかけた比較額(一円未満切り捨て)。Excel表の場合は自動算出されます。 |
| 補助上限額 | <input type="text"/> | 円 | ※医療機関等の区分及び申請区分に応じた補助上限額。Excel表の場合は自動算出されます。 |
| 申請額 | <input type="text"/> | 円 | ※「比較額」と「補助上限額」のうち低いほうの金額(千円未満切り捨て)。Excel表の場合は自動算出されます。 |

寄付金等
チェック欄

※事業費について、国(社会保険診療報酬支払基金)の補助金以外に控除すべき寄付金やその他の収入がある場合は、左側のチェック欄に○を記入してください。

6. 裏面の【確認事項】を確認いただき、○を記入してください。

確認事項

※裏面の【確認事項】には、補助対象施設の要件、補助金の交付条件、同意事項を記載していますので、ご確認のうえ、○印を記入してください。

7. 振込口座情報を入力してください。

| | | | | | | |
|---------------|--|---------------|--|--|--|--|
| 金融機関名 | | 金融機関 コード | | | | |
| 支店名 | | 支店コード | | | | |
| 預金種類 | | 1:普通(総合) 2:当座 | | | | |
| 口座番号 (左詰め) | | | | | | |
| (フリガナ) | | | | | | |
| 取引口座名 | | | | | | |

【確認事項】

| | |
|---|---|
| ① | 健康保険法(大正11年法律第70号)第63条第3項各号に規定する病院若しくは診療所又は薬局であつて、令和4年6月30日薬生総発第1号厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長通知「医療提供体制設備整備交付金実施要領(電子処方箋管理サービス)」(以下「要領」という。))の「第2 交付対象事業」の1に規定される事業を実施し、社会保険診療報酬支払基金(以下「基金」という。))から要領の「第9 交付等の決定及び通知」の通知(補助金交付決定通知書)を受けた施設であること。 |
| ② | オンライン資格確認等システムを運用開始した上で、電子処方箋管理サービスを利用できる環境を整備(電子署名に必要なHPKIカード等の保有も含む)し、実際に電子処方箋管理サービスを継続して実施すること。 |
| ③ | 県が別に指示する電子処方箋に関する取組(モニター、アンケート、セミナー、広報資材作成、データ提供、ポスター掲示、リーフレット配布、デジタルサイネージ表示等)に協力すること。 |
| ④ | 「福岡県電子処方箋導入促進費補助金交付要綱」(以下「要綱」という。))第6条を遵守すること。 |
| ⑤ | 要綱第10条に基づく「消費税仕入控除税額の確定に伴う報告」を行うこと。 |
| ⑥ | 個人情報の取扱いに関して、補助金の交付手続きに必要な範囲で事務局と共有することに同意すること。 |

【添付書類】

| | |
|---|--|
| ① | 電子処方箋管理サービス導入に関する <u>領収書(写し)</u> 及び <u>領収書内訳書(写し)</u> ※社会保険診療報酬支払基金に提出した書類(対象事業費が確認できるもの)を添付。 |
| ② | 社会保険診療報酬支払基金から発行された「 <u>電子処方箋管理サービスの導入に必要となる端末の購入等に係る補助金交付決定通知書</u> 」(写し)又は「 <u>電子処方箋管理サービスの新機能の導入に必要となるシステム改修等に係る助成金交付決定通知書</u> 」(写し) |
| ③ | 振込先の <u>通帳の見開きページ(写し)</u> ※フリガナ・口座番号等が確認できるページ |

【申請区分、補助率、補助上限額】

- ① 電子処方箋管理サービスの基本機能(③に掲げるものを除く)を導入するために行うシステム改修等に係る事業(要綱第4条(1))

| 区分 | 補助率 | 補助上限額 |
|-------------------|-----|----------|
| ①大規模病院(病床数200床以上) | 1/6 | 811,000円 |
| ②病院(大規模病院以外) | 1/6 | 543,000円 |
| ③診療所 | 1/4 | 97,000円 |
| ④薬局 | 1/4 | 97,000円 |

- ② 電子処方箋管理サービスの基本機能とは別に追加機能を導入するために行うシステム改修等に係る事業(要綱第4条(2))

| 区分 | 補助率 | 補助上限額 |
|-------------------|-----|----------|
| ①大規模病院(病床数200床以上) | 1/6 | 226,000円 |
| ②病院(大規模病院以外) | 1/6 | 167,000円 |
| ③診療所 | 1/4 | 61,000円 |
| ④薬局 | 1/4 | 64,000円 |

- ③ 電子処方箋管理サービスの基本機能と追加機能を同時に導入するために行うシステム改修等に係る事業(要綱第4条(3))

| 区分 | 補助率 | 補助上限額 |
|-------------------|-----|------------|
| ①大規模病院(病床数200床以上) | 1/6 | 1,003,000円 |
| ②病院(大規模病院以外) | 1/6 | 676,000円 |
| ③診療所 | 1/4 | 135,000円 |
| ④薬局 | 1/4 | 138,000円 |