

記入例

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 **6** 年 **5** 月 **13** 日

住所又は所在地 〒 812-8577 福岡市博多区東公園7-7

開設者名(法人名) 医療法人〇〇会

代表者氏名 福岡 一郎

(署名または押印)

交付決定通知書の送付先となりますので、確実に郵便物が届く住所を記入してください。

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

必ず、署名又は押印をお願いします。

施設名称	〇〇診療所		
担当者名/連絡先/メールアドレス	福岡 花子	092-643-0000	〇〇〇@pref.fukuoka.lg.jp

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 checked="" 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	4	0	1			6	7	8
-----------	---	---	---	--	--	---	---	---

電子処方箋管理サービスの使用が可能となった日を記載ください。

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 **6** 年 **4** 月 **1** 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。

<input checked="" 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))
-------------------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------

- ①基本機能部分(従前補助)
- ②追記機能部分(既に基本機能を導入済の施設)
- ③基本機能と追加機能の同時導入

※社会保険診療報酬支払基金(以下「基金」という)に申請した内容と同じものを選択

※①基本機能部分で県に申請した後、②の追加機能部分を導入し、基金の交付決定を受けた場合は、②についても別途、県に申請が可能

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

対象事業費 **363,000** 円

比較額 **90,750** 円

補助上限額 **97,000** 円

申請額 **90,000** 円

Excel表の場合、事業費欄を入力すると、自動で申請額が算出されます。

※Excel表は、下記のホームページからダウンロードできます。

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/denshishohousen.html>



二次元コード

寄付金等チェック欄

※「寄付金等チェック欄」に○を記入された方には、後日、控除すべき寄付金等の額を確認し、上記の申請額と控除した額とを比較して少ない方の額を交付額とします。

6. 裏面の【確認事項】を確認してください。

確認事項	<input checked="" type="checkbox"/>
------	-------------------------------------

※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	〇〇銀行	金融機関コード	9	8	7	6		
支店名	〇〇支店	支店コード	7	7	7			
預金種類	1:普通(総合)	1:普通(総合)		2:当座				
口座番号(左詰め)	0	6	5	4	3	2	1	0
(フリガナ)	マルマルシンリョウシヨ							
取引口座名	〇〇診療所							

【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6条」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「第9条」に規定される交付金の交付決定及び通知(補助金交付決定通知書)を受けた施設であること。	①国(社会保険診療報酬支払基金)の電子処方箋管理サービスに関連する補助金の交付決定を受けていること。
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導入に必要な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導入し、運用を開始している施設であること。	②電子処方箋管理サービスを導入し、運用を開始している施設であること。
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、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。	③電子処方箋に関する取組については、別途、ご案内します。
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条に規定される条件に該当すること。	④補助金の交付決定の際に付される条件となります。
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(写し)</u> 」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(写し)</u> 」
③	振込先の <u>通帳の見開きページ(写し)</u> ※補助金交付決定通知書(写し)について

【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の導入に係る事業(要綱第4条(1))

区分
①大規模病院(病床数200床以上)
②病院(大規模病院以外)
③診療所
④薬局

申請区分①基本機能のみ(要綱4条(1))で申請する場合
・「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(写し)又は
・「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(初期導入のみ)」(写し)

申請区分②追加機能のみ(要綱4条(2))で申請する場合
・「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(写し)

申請区分③基本機能と追加機能の同時導入(要綱4条(3))で申請する場合
・「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(初期導入と新機能の同時導入)」(写し)

- ② 電子処方箋管理サービスの基本機能と追加機能の同時導入に係る事業(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
①大規模病院(病床数200床以上)
②病院(大規模病院以外)
③診療所
④薬局

※追加機能とは
「リフィル処方箋」「口頭同意による重複投薬等チェック結果の閲覧」「マイナンバーカード署名」「処方箋ID検索」「調剤結果ID検索」に関する機能。

	1/4	138,000円
--	-----	----------