

# 記入例

様式第1号 (無床診療所・訪問看護事業所・有床診療所(許可病床数4床以下に限る)用)

福岡県知事

いずれかの該当の様式へご記入ください。

- ・ 病院・有床診療所(許可病床数4床以下を除く)用
- ・ 無床診療所、訪問看護事業所、有床診療所(4床以下に限る)用

福岡県福岡市博多区東公園7-7

保険医療機関名: ○○病院

保険医療機関名は厚生労働省に届け出ている名前の正式名称をご記入ください。

福岡 太郎

## 福岡県医療従事者勤務環境改善促進費補助金交付申請書

標記について、次のとおり申請します。

申請額

180,000円

※所要額合計(①+②+③)と補助上限額のいずれか少ない方の額

対象者は必ずチェックを入れてください。

【】※該当する要件にチェックを入れること

- ☒ 令和7年3月31日時点において、別紙に掲げる診療報酬のいずれかを届け出ている

### 【取組内容及び所要額】

- ☒ ① ICT機器等の導入による業務効率化

※ 消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額は、補助の対象となりませんので、所要額から除いてください。

| 導入設備 | 設備名     | ①に要する所要額 |
|------|---------|----------|
|      | タブレット端末 | 30,000円  |
|      |         |          |
|      |         |          |
|      |         |          |
| 合計   |         | 30,000円  |

- ☒ ② タスクシフト/シェアによる業務効率化

②に要する所要額 90,000円

- ☒ ③ 補助金を活用した更なる賃上げ

③に要する所要額 90,000円

所要額合計(①+②+③) 210,000円

### 【補助上限額】

180,000円

事務担当者名: 福岡 花子

電話番号: 092-123-4567

メールアドレス: xxx@fukuoka.com

# 記入例

(様式第1号別紙)(全施設共通)

保険医療機関名

〇〇病院

1. チェック欄に「✓」を付すこと。(複数選択可)

| 項目                       | チェック                                |
|--------------------------|-------------------------------------|
| O100 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ) | <input type="checkbox"/>            |
| O102 入院ベースアップ評価料(医科)     | <input type="checkbox"/>            |
| P102 入院ベースアップ評価料(歯科)     | <input type="checkbox"/>            |
| 訪問看護                     | <input type="checkbox"/>            |

該当項目へチェックをお願いします。

病院・診療所(有床・無床)は医科401歯科403から始まる医療機関コード10桁をご記入ください。訪問看護ステーションは7桁の医療機関コードをご記入ください。

申請年月日のご記入漏れがないようにお願いします。

|                      |                     |                |                              |   |   |   |   |   |
|----------------------|---------------------|----------------|------------------------------|---|---|---|---|---|
| 2. 申請者               |                     | 申請年月日          | 2025                         | 年 | 8 | 月 | 1 | 日 |
| 病院等の名称               | 〇〇病院                | 住所・所在地         | 〒 812 - 8577 福岡県福岡市博多区東公園7-7 |   |   |   |   |   |
| フリガナ                 | 医療機関コード: 4010000000 | 開設者(法人名)のフリガナ  | 福岡 花子                        |   |   |   |   |   |
| 開設者<br>(代表者の職・氏名も記載) | イリョウホウジン 〇〇カイ       | ※個人の場合は記載不要です。 | 092-123-4567                 |   |   |   |   |   |
|                      | 医療法人 〇〇会            |                | 092-123-4576                 |   |   |   |   |   |
|                      | 理事長 福岡 太郎           | 電子mail         | ×××@fukuoka.com              |   |   |   |   |   |

開設者(法人名)のフリガナをご記入ください。  
※個人の場合は記載不要です。

3. 振込口座

|               |      |         |   |   |   |   |     |      |               |                   |   |   |
|---------------|------|---------|---|---|---|---|-----|------|---------------|-------------------|---|---|
| 金融機関名         | 〇〇銀行 | 金融機関コード | 0 | 0 | 0 | 0 | 支店名 | 〇〇支店 | 支店コード         | 0                 | 0 | 0 |
| 口座番号<br>(右詰め) | 1    | 2       | 3 | 4 | 5 | 6 | 7   | フリガナ | イリョウホウジン 〇〇カイ |                   |   |   |
|               | 預金種別 |         |   |   |   |   |     | 普通   | 口座名義人         | 医療法人 〇〇会 理事長 福岡太郎 |   |   |

法人名・代表者職・代表氏名をご記入ください。  
個人の方も代表者職・代表氏名をご記入ください。

フリガナは通帳見開きのページと同様になるようにご記入ください。  
フリガナと口座名義人は異なる場合もございます。

4. 申請に関する同意事項

|      |                                  |
|------|----------------------------------|
| 同意する | <input checked="" type="radio"/> |
|------|----------------------------------|

【重要】記入がない場合、補助金を交付できない場合があります。

次の各事項のいずれにも同意したものでなければ補助金を交付しない。

- (1) 各事項に定めのある要件を満たしていること。
- (2) 本補助金等に関する報告や調査について、厚生労働省又は県から求められた場合には、これに応じること。
- (3) 本補助金等の交付後、各事業に定めのある返還事由に該当した場合は各事業に係る補助金の全額を返還すること。
- (4) 提出した書類に虚偽がないこと。
- (5) 補助金を重複して申請しないこと。
- (6) 福岡県暴力団排除条例第2条に規定する暴力団員に該当せず、かつ将来にわたっても該当しないこと。また、暴力団員が役員ではなく、暴力団と密接な関係を有しておらず、かつ将来にわたっても該当しないこと。
- (7) 虚偽が判明した場合は、補助金の返還に応じるとともに、違約金の支払いを命じられた場合には、これに応じること。
- (8) 本補助金の交付手続きに必要な範囲で、県が、本補助金交付業務を委託する事業者と個人情報を含む申請者の情報を共有すること。