

記入例

様式第2号（全施設共通）

福岡県知事 殿

住所：福岡県福岡市博多区東公園7-7

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。

保険医療機関名：〇〇病院

代表者名：福岡 太郎

福岡県医療従事者勤務環境改善促進費補助金実績報告書

標記について、次のとおり報告します。

精算額
180,000円

※支出額合計（①+②+③）と交付申請額のいずれか少ない方の額

【取組内容及び支出額】

☒ 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、支出額から除いてください。

	設備名	①に要した支出額
導入設備	タブレット端末	100,000円
	インカム	100,000円
合計		200,000円

☐ ② タスクシフト／シェアによる業務効率化

②に要した支出額

☐ ③ 補助金を活用した更なる賃上げ

③に要した支出額

支出額合計（①

交付決定額をご記入ください。
※既に取組が完了し、実績報告書を申請書と同時に提出する場合は交付申請額をご記入ください。

00,000円

【交付決定額】（既に取組が完了し、実績報告書を同時に提出する場合は交付

※取組完了後1カ月以内又は2026年3月10日のいずれか早い日までに提出してください。

※交付申請時点で既に取組が完了している場合は、交付申請書と実績報告書を同時に提出しても差し支えありません。

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：×××@fukuoka.com