

香川県知事 殿

保険医療機関名：

医療法人〇〇会〇〇病院

申請書(様式第2-2号)と同じ医療機関名称を記載してください。

【記載例】香川県医療施設生産性向上・職場環境整備等支援給付金実績報告書

香川県医療施設生産性向上・職場環境整備等支援給付金について、次のとおり報告します。

【支出額】

実際に支出した額を記入してください。ただし、原則として申請金額(交付決定金額)をそのまま記入いただくことを想定しています。(Q&A集のNo.4の質問・回答をご確認ください。)

|            |
|------------|
| 支出額        |
| 4,000,000円 |

【対象施設であることの申出】※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。

必ずチェックをお願いします。

証拠書類(領収書、契約書、貸金台帳等)の提出は不要です。ただし、証拠書類については令和13年3月31日までの保管をお願いします。

【生産性向上・職場環境整備等の実施内容及び支出額】

- ①タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入

|      | 設備名     | ①に要する支出額   |
|------|---------|------------|
| 導入設備 | タブレット端末 | 2,000,000円 |
|      |         |            |
|      |         |            |
|      |         |            |
|      | 合計      | 2,000,000円 |

- ②医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト/シェア

|          |            |
|----------|------------|
| ②に要する支出額 | 1,000,000円 |
|----------|------------|

- ③処遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善

支出を行った各項目(①~③)にチェック

|          |            |
|----------|------------|
| ③に要する支出額 | 1,000,000円 |
|----------|------------|

|       |            |
|-------|------------|
| ①+②+③ | 4,000,000円 |
|-------|------------|

数値チェック

○

①②③の合計額が支出額と一致しない場合は○とならないので、もう一度、各金額をご確認ください。

事務担当者名：

経理部 主任 香川 一郎

電話番号：

〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

メールアドレス

XXXXX@XXXXX.XX.XX

申請内容の問い合わせに対応可能なご担当者様の氏名・連絡先等を記載してください。

(別紙) (病院・有床診療所<5床以上>)

保険医療機関名 医療法人〇〇会〇〇病院

チェック欄に「✓」を付すこと。(複数選択可)

| 項目                        | チェック                     |
|---------------------------|--------------------------|
| 0100 外来・在宅ベースアップ評価料 (I)   | <input type="checkbox"/> |
| P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I) | <input type="checkbox"/> |
| 0102 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"/> |
| 訪問看護ベースアップ評価料 (I)         | <input type="checkbox"/> |

届け出ている項目についてチェックしてください。