

香川県知事 殿

保険医療機関名： 〇〇クリニック

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
180,000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。
チェックがない場合は、申請できません。

証書書類（領収書、契約書、賃金台帳等）の提出は不要です。ただし、証書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	100,000円
	合計	100,000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	0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）にチェックをお願いします。

③に要する支出額	80,000円
----------	---------

①+②+③	180,000円
-------	----------

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。

数値チェック ○

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) (有床診療所<1~4床>・無床診療所・訪問看護事業所)

保険医療機関名

〇〇クリニック

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"/>
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。