

【記載例】 交付申請書兼口座振込依頼書

ベースアップ評価料の届出の有無を確認しますので、当該届出に記載した医療機関名称を記載してください。（法人形態の医療施設は、振込口座の名義人との整合性等の観点から、病院名だけで届出を行っていたとしても、必ず法人名も含めて記載してください。）

金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

1. 申請者の情報

フリガナ	イリョウホウジンシャダン ○○カイ □□ビョウイン	申請年月日	2025 年 6 月 25 日
病院等の名称	医療法人社団○○会□□病院	住所・所在地	〒 760 - 8570 高松市番町四丁目1番10号
フリガナ	リジチョウ カカワ タロウ	氏名	経理部 主任 香川 一郎
代表者 (職・氏名を記載)	理事長 香川 太郎	電話番号	012-345-6789
		ファクシミリ	987-654-3210
		電子メール	abc@hospital.or.jp

2. 交付申請額

生産性向上・職場環境整備等支援給付金 交付申請額(円)	4,000,000
-----------------------------	-----------

※ 消費税及び地方消費税に相当する金額は給付対象とはなりません。
また、1,000円未満の端数は切り捨てたうえで申請してください。

「様式第2-1号（申請書兼実績報告書）」
または「Q3_様式第2-2号（申請書）」の申請額と一致させてください。（円単位）

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

3. 振込口座

金融機関名	△△銀行	金融機関コード	1 1 1 1	支店名	△△支店	支店コード	1 1 1
口座番号 (右詰め)	1 2 3 4 5 6 7	預金種別	普通	フリガナ	イ)○○カイリジチョウ カカワ タロウ		
				口座名義人	医療法人○○会理事長 香川 太郎		

※ 必ず申請者名義の口座を指定すること。（法人等の場合は当該法人等、個人事業主の場合は当該個人の口座に限る。）

※ ゆうちょ銀行の場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号（7桁）」（通帳見開き下部に記載）を記入すること。

振込口座の通帳（見開きページ）の写し（「金融機関名」「支店名」「預金種別」「口座番号」「口座名義人（フリガナ）」が読み取れるもの）Qご提出をお願いします。 ※**W**に**Q**申請の場合、写真データ等で可

4. 交付申請に関する誓約事項

通帳の表紙ではなく、見開きページのコピーをお願いします。

- (1) 各事業に定めのある交付要件を満たしていることを誓約します。
- (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
- (3) 本補助金等の給付後、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給付金の全

<個人事業主>

必ず申請者である個人の氏名が含まれた口座を指定してください。屋号のみの口座は指定不可です。

<法人>

申請者である法人の口座に限られます。なお、記載例（医療法人○○会理事長 香川 太郎）のほか、以下の名義の口座も指定可能です。

- ・医療法人○○会□□病院
- ・医療法人○○会

※申請者名義ではない口座は指定不可です。

(以下は一例)

- ・医療法人○○会□□病院 院長 讃岐 一郎【不可】
- ・医療法人○○会□□病院総務部長【不可】
- ・医療法人○○会□□病院財務部【不可】

保険医療機関名：

〇〇クリニック

ベースアップ評価料の届出等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申請書

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、次のとおり申請します。

【申請額】

給付金の上限額は180,000円です。

申請額
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。

証拠書類（見積書等）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申請額】

- ☒ 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に要する申請額
導入設備	タブレット端末	109,090円
		109,090円

1. 機器の購入価格が申請額を超過する場合は、申請額を記載してください。
例えば、「タブレット端末」を申請額（18万円）以上の価格（20万）で購入した場合、「①に要する申請額」欄には、購入価格の「20万円」ではなく、申請額の「18万円」を記載してください。
※20万円と記載すると「①+②+③」欄が申請額を超過し、数値チェックがエラーとなります。（記載例のように購入価格が申請額未満の場合は、この限りではありません。）
2. 消費税及び地方消費税に相当する金額は給付対象外です。税抜金額を記載してください。

- ☐ 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に要する申請額	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

③に要する申請額	70,910円
----------	---------

申請する各項目（①～③）にチェックをお願いします。

①+②+③	180,000円
-------	----------

数値チェック ☒

【誓約事項】誓約事項のすべての項目にチェックマークがついた場合にのみ補助金を交付します。

- ☒ 本事業に関する書類を整理し、令和13年3月31日まで保管します。
- ☒ 申請内容について、重複する他の補助金等を受付していません。
- ☒ 虚偽その他不正な手段により給付金を受取らないことを誓約します。

①②③の合計額が申請額と一致しない場合は〇とならないので、もう一度、各金額をご確認ください。

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。

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

XXXXXX@XXXXXX.XX.XX

必ず全てチェックをお願いします。

（別紙）（有床診療所<1～4床>・無床診療所・訪問看護ステーション）

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）	☐
P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）	☐
訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）	☐

届け出ている項目について
チェックしてください。