

香川県知事 殿

有床診療所(1～4床)、無床診療所、
訪問介護事業所

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】

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。
（「県に寄せられたご質問と回答」のNo.15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
	タブレット端末	100,000円
導入設備		
		100,000円

機器等の購入価格が結果として申請額（交付決定金額）を超過した場合でも、もともとの申請額（交付決定額）を記載してください。
例えば、「タブレット端末」の購入価格が20万円となり、申請額（400万円）を上回った場合でも、「①に要する支出額」欄には、購入価格の「450万円」ではなく、申請額の「400万円」を記載してください。
※450万円と記載すると、「①+②+③」欄が申請額（交付決定額）を超過し、数値チェックがエラーとなります。（支出額が申請額未満の場合は、この限りではありません。）

- ☐ 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 XXXXXX@XXXXXX.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)	☐
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。