

福島県医療施設等物価・賃上げ対策事業(診療所等物価支援事業)給付金支給申請書兼実績報告書

福島県知事 殿

診療所等物価支援事業について、調剤に必要な経費を対象とした給付金の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

1. 申請者の情報

| | | | | | | | |
|------------------------|-----------------|-------|------|---|---|---|--|
| 施設等の種別 | 薬局 | 申請年月日 | 2026 | 年 | 月 | 日 | |
| フリガナ | | 開設者住所 | 〒 | - | | | |
| 開設者氏名 (代表者の職・氏名も記載) | 法人名(個人の場合は記載不要) | | | | | | |
| | 代表者職 | | 氏名 | | | | |
| | | | | | | | |
| 事務担当者 | 氏名 | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | |
| | メールアドレス | | | | | | |

2. 支給申請額

| | | |
|------------|--------|-------|
| 診療所等物価支援事業 | 申請薬局件数 | 支給申請額 |
| | 件 | 円 |

3. 振込口座(※通帳の写しを添付すること)

! 法人の振込口座を記載してください。

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|--|---------|--|--|--|-------|--|-------|--|--|--|
| 金融機関名 | | 金融機関コード | | | | 支店名 | | 支店コード | | | |
| 口座番号 (右詰め) | | 預金種別 | | | | フリガナ | | | | | |
| | | | | | | 口座名義人 | | | | | |

※ 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。

4. 支給申請に関する誓約事項

- (1) 本申請書の記載内容に虚偽がないこと及び記載内容を証明する書類等を適切に保管していることを誓約します。
- (2) 健康保険法上の保険医療機関コードが発行されており、令和7年4月1日から本事業の申請時点までに診療報酬請求の実績を有します。
- (3) 各事業に定めのある支給要件を満たしていることを誓約します。
- (4) 本給付金等に関する報告や調査について、厚生労働省又は都道府県から求められた場合には、これに応じます。
- (5) 本給付金等の給付後、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額を返還します。

5. 添付資料

| | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---|
| ※ 添付書類を確認のうえ、 チェックマークを付けてください。 | <input type="checkbox"/> | 振込口座の通帳等の写し(口座番号、口座名義等が確認できるもの) |
| | <input type="checkbox"/> | 保険薬局指定通知書の写し(申請薬局全て) |
| | <input type="checkbox"/> | 保険薬局における施設基準届出状況報告書【令和7年度分】の写し ※申請薬局が複数店舗ある場合は、そのうちの1店舗分の当該報告書の写しのみの添付で可 |
| | <input type="checkbox"/> | 別紙様式1-3(薬局) |

診療所等物価支援事業申請額算定報告書

※1の保険薬局数⇒

申請金額⇒

| 番号 | 医療機関コード | 施設名称 | 施設所在地 | 管理薬剤師氏名 | 支給申請事業 | 支給金額 (単位:円) |
|----|---------|------|-------|---------|------------|----------------|
| | | | | | 診療所等物価支援事業 | |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| 16 | | | | | | |
| 17 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |
| 19 | | | | | | |
| 20 | | | | | | |

※1 厚生(支)局へ届出を行っている「保険薬局における施設基準届出状況報告書」又は「特掲診療料の施設基準等に係る届出書」に記載している令和7年4月30日時点の、所属する同一グループ内の保険薬局の数(当該保険薬局を含む)

| | | |
|---|---|-----------------------|
| 所属する同一グループ内の保険薬局の数として 1店舗以上5店舗以下 (当該保険薬局を含む)である保険薬局に該当 (R7. 4. 30時点) ※該当する場合は○を記載 | ⇒ | 1店舗あたりの給付額 85,000円 |
| 所属する同一グループ内の保険薬局の数として 6店舗以上19店舗以下 (当該保険薬局を含む)である保険薬局に該当 (R7. 4. 30時点) ※該当する場合は○を記載 | ⇒ | 1店舗あたりの給付額 75,000円 |
| 所属する同一グループ内の保険薬局の数として 20店舗以上 (当該保険薬局を含む)である保険薬局に該当 (R7. 4. 30時点) ※該当する場合は○を記載 | ⇒ | 1店舗あたりの給付額 50,000円 |