

有床、無床(医科・歯科)診療所及び訪問看護ST・賃上げ

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

福島県知事 殿

診療所等賃上げ支援事業について、賃金改善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

↓申請年月日を入力してください

Application form grid with fields forフリガナ, 申請年月日, 住所・所在地, 事務担当者, 開設者, 委任状.

2. 支給申請額

診療所等賃上げ支援事業 支給申請額(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。

Bank account information form grid including 金融機関名, 支店名, 口座番号, 預金種別.

※ 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

Attachment checklist table with items like 振込口座の通帳等の写し, 別紙様式2-1, 別紙様式2-1-1.

委任状の有無:

開設者(法人名):

開設者(氏名):

訪問看護ステーションの名称:

診療所等賃上げ支援事業申請額算定等報告書

【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

①: 令和8年3月1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。

②: 令和8年3月1日時点において、別紙に掲げる診療報酬の対象外だが、令和8年6月1日時点で令和8年度診療報酬改定による見直し後のベースアップ評価料を届け出る。

③: ②に該当する場合の職種構成は右表のとおり。

職種①	職種②	職種③
医師	歯科医師	その他医療に従事しない、専ら事務作業(医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く)を行う職員

【その他要件を満たすことの確認・誓約等】

- ④: 本事業の給付額を活用してベースアップを実施し、令和8年6月1日から当該ベースアップの水準を維持又は拡大する。(④、⑤、⑥の重複可)
- ⑤: 賃金表等や給与規程等の変更に時間を要するため、本事業の給付額を活用して一時金又は特別手当を支給し、令和8年6月1日から支給した対象職員のベースアップを実施する。(④、⑤、⑥の重複可)
- ⑥: 令和7年度の対象職員のベースアップが令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施しており、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分に充てる。(④、⑤、⑥の重複可)
- ⑦: 本事業の給付額は④~⑥のために支出する。
- ⑧: 本事業により賃金改善を行う時点から令和8年5月までの間、賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させていない。
- ⑨: 著しく偏った配分は行っていない。
- ⑩: 労働基準法、労働災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていない。
- ⑪: 労働保険料の納付が適正に行われている。

【申請額】

給付額
228,000円

=

算定額
228,000円

申請額
228,000円

別紙様式 2-1-1 (訪問看護ステーション)

開設者(法人名):

開設者(氏名):

訪問看護ステーションの名称:

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"/>

委任状

令和 年 月 日

福島県知事 殿

委任者
住所
役職・氏名

私は下記の者を代理人と定め、福島県医療施設等物価・賃上げ対策事業についての受領、返納及び精算に関する一切の権限を委任します。

委任期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで。

ただし、その年度に属する出納整理期間を含む。

受任者

診療所等名
住所
役職・氏名

