

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

この項目は施設種別ですので、薬局名を記載しないでください。

Table with 4 main sections: 施設等の種別 (カブシキガイシャマルマル), 申請年月日 (2026年 月 日), 開設者氏名 (株式会社〇〇), 開設者住所 (福島市〇〇〇), 代表取締役 (〇〇), 事務担当者 (氏名 〇〇, 電話番号 ****-****-****, メールアドレス ***@****.jp)

法人(個人)で複数の施設を運営している場合は一括して申請してください。

個人開設の場合は、氏名欄に開設者氏名を記載し、法人名・代表者職は空欄とする。

Excelで作成した場合は別紙を入力すると自動計算されます。

2. 支給申請額

Table with 2 columns: 申請薬局件数 (3件), 支給申請額 (150,000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。

Table for bank account info: 金融機関名, 金融機関コード, 支店名, 口座番号(右詰め), 預金種別, 支店コード, フリガナ, 口座名義人

個人開設の場合は申請者本人の口座を記載してください。

※ 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

全ての事項に誓約いただけない場合は申請できません。

- (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

全ての項目を確認し、チェックマークを付けた上で、申請してください。

Table with 2 columns: 添付書類 (振込口座の通帳等の写し, 保険薬局指定通知書の写し, 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, 別紙様式1-3(薬局))

※ 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。

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⇒

1,000

申請金額⇒

150,000

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	*****	A薬局	福島市〇〇	〇〇	レ	50,000
2	*****	B薬局	郡山市〇〇	〇〇	レ	50,000
3	*****	C薬局	いわき市〇〇	〇〇	レ	50,000
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

令和7年4月1日から本給付金の申請時点までに診療報酬請求の実績があり、かつ、県内で保険薬局の指定を受けている施設のみを記載してください。

※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)。
 ○令和7年5月1日以降に開設した薬局については、申請時点で運営している店舗数を記載すること。
 ○令和7年5月1日以降に開設した薬局がある開設者のうち、4月30日時点ではグループ内で5店舗だったが、申請時点では8店舗など、支援額が2つの区分(例:「1店舗~5店舗」と「6店舗~19店舗」)に分かれる場合は、お問い合わせください。

該当するものに○を記載すること。

※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