（第2号様式）

薬局・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。

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。

1．申請者の情報

↓申請年月日を入力してください

施設等の種別	薬局		申請年月日	2026	年	月	日
フリガナ	カブシキガイシャマルマル		開設者住所	〒	960	－	8670
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）			福島市〇〇〇			
	株式会社〇〇						
	代表者職	氏名					
	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

	申請薬局件数	支給申請額
診療所等賃上げ支援事業	3 件	210,000 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。

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	

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。

※　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。	☑	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）
	☑	保険薬局指定通知書の写し（申請薬局全て）
	☑	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
	☑	別紙（賃上げ支援申請薬局一覧）
	☑	別紙様式2－1（薬局）（申請薬局毎に記載）

別紙（賃上げ支援申請薬局一覧）　　※1の保険薬局数⇒ 1,000　　申請金額⇒ 210,000

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 診療所等賃上げ支援事業	支給金額（単位：円）
1	＊＊＊＊＊＊＊	A薬局	福島市〇〇	〇〇	レ	70,000
2	＊＊＊＊＊＊＊	B薬局	郡山市〇〇	〇〇	レ	70,000
3	＊＊			〇〇	レ	70,000
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						

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）

〇令和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。
〇令和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。

※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）

別紙様式２－１（薬局）

福島県知事　殿

開設者（法人名）：株式会社〇〇
開設者（氏名）：〇〇
薬局の名称：〇〇薬局

診療所等賃上げ支援事業申請額算定等報告書

施設ごとに作成してください。
（3施設分申請するときは3枚）

【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。

【その他要件を満たすことの確認・誓約等】

☐ ②：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
（②、③、④の重複可）

該当するものにチェックをしてください。

☐ ③：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。
（②、③、④の重複可）

☐ ④：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。
（②、③、④の重複可）

☑ ⑤：本事業の給付額は②～④のために支出する。

☑ ⑥：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。

☑ ⑦：著しく偏った配分は行っていない。

☑ ⑧：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。

☑ ⑨：労働保険料の納付が適正に行われている。

該当するものに〇を記載すること。

【申請額】

区分		給付額		算定額
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）※該当する場合は〇を記載	×	145,000円	＝	0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）※該当する場合は〇を記載	×	105,000円	＝	0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）※該当する場合は〇を記載 〇	×	70,000円	＝	70,000円

申請額
70,000円