

記載例

第4号様式（第9条第1項関係）

「番号」は文書採番しない場合そのまま構いません。

番 号
令和8年7月●●日

福島県知事 様

- ① 申請書の開設者欄に記載した法人等または個人のを記載してください。（支給決定通知書の右上に記載された住所と一致します。法人の場合、対象施設の住所と間違えないよう注意願います。）
- ② 法人等の場合は代表者の職（理事長、代表理事等）と氏名を記載してください。個人の場合は職（院長等）と氏名（薬局の場合は氏名のみ）を記載してください。

①（申請者住所または所在地）福島市●●町1-2-3

（対象施設の名称）●●クリニック

②（法人等名称及び代表者職氏名）医療法人●●会

理事長 ●●●●

（担当者職氏名）事務 ●●●●

対象施設が複数ある場合（特に薬局）は、「別紙のとおり」と記載してください。
※なお、交付対象薬局一覧が別紙に該当します。

福島県医療施設等物価・賃上げ対策事業
賃金改善報告書

令和8年6月1日付け福島県指令健第69-■■■■号により支給決定及び額の確定通知があった福島県医療施設等物価・賃上げ対策事業給付金については、福島県医療施設等物価・賃上げ対策事業給付金交付要綱第9条第1項の規定により、下記のとおり報告します。

記

1 交付対象施設の区分

無床（医科）診療所

支給決定時に郵送している支給決定通知書を確認の上、記載してください。指令日及び指令番号が不明な場合は事務局宛てお問い合わせください。また、法人単位での報告であって、指令番号が複数ある場合は、「及び」や「、」で並列して記載してください。（例：令和8年6月1日付け～69-1000号、令和8年6月2日付け～69-2000号により）

※有床診療所・無床（医科・歯科）診療所・訪問看護ステーション・保険薬局のいずれかを記載すること。

2 添付書類

【全施設共通】

- (1) 別紙様式2-2（賃金改善報告書）
- (2) 別紙様式2-3（2.0超部分算定シート）※該当する場合のみ

【薬局のみ】

- (3) 対象施設報告シート

別紙様式2-2（賃金改善報告書）のEXCELの別シートに対象施設報告シートを作成しました。当該シートに必要事項を入力いただき、御提出ください。