

様式第1号（病院・有床診療所（4床以下の有床診療所は除く））

交付申請日：年 月 日

石川県知事 殿

申請者（開設者）名：申請者（開設者）住所：代表者 職・氏名医療施設等名：医療施設等郵便番号：医療施設等住所：申請コード：

石川県医療施設等生産性向上・職場環境整備等支援事業補助金交付申請書兼実績報告書

生産性向上・職場環境整備等支援事業について、次のとおり申請します。

【申請額】

|     |   |              |              |
|-----|---|--------------|--------------|
| 病床数 | × | 給付額<br>##### | 申請額（円）<br>0円 |
|-----|---|--------------|--------------|

【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

☐ 令和7年3月31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。

【生産性向上・職場環境整備等の実施内容及び申請額】

☐ ①タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入

|      | 設備名 | ①に要する申請額（円） |
|------|-----|-------------|
| 導入設備 |     |             |
|      |     |             |
|      |     |             |
|      |     |             |
|      |     |             |
| 合 計  |     | 0           |

☐ ②医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト／シェ

|             |  |
|-------------|--|
| ②に要する申請額（円） |  |
|-------------|--|

☐ ③処遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善

|             |  |
|-------------|--|
| ③に要する申請額（円） |  |
|-------------|--|

|          |   |
|----------|---|
| ①+②+③（円） | 0 |
|----------|---|

【誓約】  
(1) 交付対象施設の要件を満たしていること  
(2) 交付のために提出した書類に虚偽がないこと  
(3) 補助金の申請は、1施設につき1回限りとする  
(4) この補助金と補助対象が重複する他の補助金等の交付を受けないこと  
(5) 石川県暴力団排除条例第2条に規定する暴力団員に該当せず、かつ将来にわたっても該当しないこと。  
また、暴力団員が役員ではなく、暴力団と密接な関係を有しておらずかつ将来にわたっても該当しないこと  
(6) 県税の滞納がないこと  
(7) 虚偽が判明した場合は、補助金の返還に応じること  
(8) 個人情報情報の取扱いに関して、補助金の交付手続きに必要な範囲で事務局と共有することに同意すること  
(9) 申請額には、消費税及び地方消費税に相当する金額は含まれていないこと

|                                                                                                                              |                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 私は、石川県医療施設等生産性向上・職場環境整備等支援事業補助金を申請するにあたり、上記の内容について、誓約します。<br>なお、この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が<br>住所<br>施設(医療機関等)名<br>代表者職氏名 | 誓約する場合、以下にチェック<br><br><input type="checkbox"/> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|

※誓約のチェックがなければ、申請書を受け付けることができません。

(別紙) (病院・有床診療所)

## ■診療報酬の届出状況

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"/> |
| 0102 入院ベースアップ評価料 (医科)     | <input type="checkbox"/> |
| P102 入院ベースアップ評価料 (歯科)     | <input type="checkbox"/> |
| 訪問看護ベースアップ評価料 (I)         | <input type="checkbox"/> |

## ■振込口座情報

|                   |                                                         |  |  |  |  |  |
|-------------------|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 金融機関名             |                                                         |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード (4桁)      |                                                         |  |  |  |  |  |
| 支店名               |                                                         |  |  |  |  |  |
| 支店コード (3桁)        |                                                         |  |  |  |  |  |
| 口座種別              | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 |  |  |  |  |  |
| 口座番号 (7桁)         |                                                         |  |  |  |  |  |
| 口座名義人<br>※カタカナで記載 |                                                         |  |  |  |  |  |

※必ず申請者名義の口座を指定してください。(医療施設等を設置する法人でも可)

※振込先の通帳の写し(「金融機関名」「支店名」「預金種別」「口座番号」「口座名義人(フリガナ)」が読み取れるもの(通帳の表紙裏側のコピーなど))を添付してください。

## ■事務担当者

|       |  |
|-------|--|
| 氏 名   |  |
| 電話番号  |  |
| 電子メール |  |

石川県知事 殿

申請者（開設者）名：医療法人社団●●会

申請者（開設者）住所：石川県●●市●●町

代表者 職・氏名理事長 石川 太郎

医療施設等名：●●病院

医療施設等郵便番号：●●●-●●●●

医療施設等住所：石川県▲▲市▲▲町

申請コード：

押印は省略可能で

通知に記載のコードで

石川県医療施設等生産性向上・職場環境整備等支援事業補助金交付申請書兼実績報告書

申請日時点における、一般病床、療養病床、精神病床、感染症病床、結核病床の次とおり申請します。

生産性向上・職場環境整備等支援事業補助金交付申請書兼実績報告書

【申請額】

病床数100床 × 給付額##### = 申請額（円）4,000,000円

申請することのできる上限額で

【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

- ☒ 令和7年3月31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。

【生産性向上・職場環境整備等の実施内容及び申請額】

- ☒ ①タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入

| 設備名  |         | ①に要する申請額（円） |
|------|---------|-------------|
| 導入設備 | 離床センサー  | 1,000,000   |
|      | タブレット端末 | 2,000,000   |
|      |         |             |
|      |         |             |
| 合 計  |         | 3,000,000   |

導入設備の数に合わせて適宜、行の追加をお願いします

- ☒ ②医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト／シェア

|             |         |
|-------------|---------|
| ②に要する申請額（円） | 500,000 |
|-------------|---------|

- ☒ ③処遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善

|             |         |
|-------------|---------|
| ③に要する申請額（円） | 500,000 |
|-------------|---------|

|          |           |
|----------|-----------|
| ①+②+③（円） | 4,000,000 |
|----------|-----------|

自動計算  
①②③の合計

【誓約】

(1) 交付対象施設の要件を満たしていること

(2) 交付のために提出した書類に虚偽がないこと

(3) 補助金の申請は、1施設につき1回限りとする

(4) この補助金と補助対象が重複する他の補助金等の交付を受けないこと

(5) 石川県暴力団排除条例第2条に規定する暴力団員に該当せず、かつ将来にわたっても該当しないこと。

また、暴力団員が役員ではなく、暴力団と密接な関係を有しておらずかつ将来にわたっても該当しないこと

(6) 県税の滞納がないこと

(7) 虚偽が判明した場合は、補助金の返還に応じる

(8) 個人情報の取扱いに関して、補助金の交付手続きに必要な範囲で事務局と共有することに同意すること

(9) 申請額には、消費税及び地方消費税に相当する金額は含まれていないこと

私は、石川県医療施設等生産性向上・職場環境整備等支援事業補助金を申請するにあたり、上記の内容について、誓約します。

なお、この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が

住所 石川県▲▲市▲▲町

施設(医療機関等)名 ●●病院

代表者職氏名 理事長 石川 太郎

誓約する場合、以下にチェック

☒

※誓約のチェックがなければ、申請書を受け付けることができません。

(別紙) (病院・有床診療所)

## ■診療報酬の届出状況

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 checked="" type="checkbox"/> |
| P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I) | <input type="checkbox"/>            |
| 0102 入院ベースアップ評価料 (医科)     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| P102 入院ベースアップ評価料 (歯科)     | <input type="checkbox"/>            |
| 訪問看護ベースアップ評価料 (I)         | <input type="checkbox"/>            |

## ■振込口座情報

|                   |                                                         |  |  |  |  |  |
|-------------------|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 金融機関名             |                                                         |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード (4桁)      |                                                         |  |  |  |  |  |
| 支店名               |                                                         |  |  |  |  |  |
| 支店コード (3桁)        |                                                         |  |  |  |  |  |
| 口座種別              | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 |  |  |  |  |  |
| 口座番号 (7桁)         |                                                         |  |  |  |  |  |
| 口座名義人<br>※カタカナで記載 |                                                         |  |  |  |  |  |

※必ず申請者名義の口座を指定してください。(医療機関等を設置する法人でも可)

※振込先の通帳の写し(「金融機関名」「支店名」「預金種別」「口座番号」「口座名義人(フリガナ)」が読み取れるもの(通帳の表紙裏側のコピーなど))を添付してください。

## ■事務担当者

|       |                                                          |
|-------|----------------------------------------------------------|
| 氏 名   | 総務部 事務長 石川 太郎                                            |
| 電話番号  | 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇                                             |
| 電子メール | <a href="mailto:xxxxx@xxxxx.xx.xx">xxxxx@xxxxx.xx.xx</a> |