

別 記

様式第 1 号 事業計画（実績）書（第 5 条、第 9 条関係）

【有床診療所（許可病床数 4 床以下に限る）・無床診療所・訪問看護事業所 用】

申請年月日： 令和 年 月 日

宮崎県知事 殿

住所：

保険医療機関名：

代表者名：

生産性向上・職場環境整備等支援事業費補助金事業計画（実績）書

標記について、次のとおり申請（報告）します。

申請（実績）額
0円

※所要（実績）額合計（①+②+③）と補助上限額のいずれか少ない方の額

【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 3 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。

【取組内容及び所要（実績）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に要する所要（実績）額 (税相当額を除いた額)
導入設備		
合計		0円

- 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に要する所要（実績）額	
--------------	--

- 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に要する所要（実績）額	
--------------	--

所要（実績）額合計（①+②+③）	0円
------------------	----

【補助上限額】

180,000円
----------

事務担当者名：

電話番号：

メールアドレス：

1. チェック欄に「✓」を付すこと。(複数選択可)

項目	チェック
O100 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"/>
O102 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"/>

2. 同意事項

同意する	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------

**【重要】記入がない場合、補助金を交付できない場合があります。**

次の各事項のいずれにも同意したものでなければ補助金を交付しない。

- (1) 所要額(実績額)は、令和6年4月1日から令和8年3月31日までの間に実施した取組に要する経費であること。
- (2) 各事項に定めのある要件を満たしていること。
- (3) 本補助金等に関する報告や調査について、厚生労働省又は県から求められた場合には、これに応じること。
- (4) 提出した書類に虚偽がないこと。
- (5) この補助金に係る収入及び支出等に係る証拠書類を、当該帳簿及び証拠書類を事業が完了する日(補助事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、その承認を受けた日)の属する年度の終了後5年間適切に保管すること。
- (6) 宮崎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。
- (7) 虚偽が判明した場合は、補助金の返還に応じるとともに、違約金の支払いを命じられた場合には、これに応じること。
- (8) 本補助金の交付手続きに必要な範囲で、県が、本補助金交付業務を委託する事業者と個人情報を含む申請者の情報を共有すること。

様式第2号(第5条、第9条関係)

## 収支予算(決算)書

### 1 収入の部

科目	予算(決算)額	備考
県補助額	0	
医療機関負担額		
その他		
計	0	

### 2 支出の部

科目	予算(決算)額	備考
ICT機器等の導入による業務効率化	0	
タスクシフト/シェアによる業務効率化	0	
補助金を活用した更なる賃上げ	0	
計	0	