

佐賀県知事 殿

様式が2種類ありますので、施設に応じた様式を使用してください。
(無床または4床以下 / 5床以上)

住所: 佐賀市〇〇

保険医療機関名: 〇〇病院

代表者名: 佐賀 太郎

佐賀県生産性向上・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

標記について、次のとおり申請します。

申請時点で実績が確定している場合は「交付申請書兼実績報告書」、未確定の場合は「交付申請書」を提出してください。

申請額 1,100,000円 ※所要額合計 (①+②+③) と補

該当者は必ずチェックを入れてください。

【 】 ※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
タブレット端末	100,000円
合計	100,000円

該当する場合はチェックを入れてください。
(①~③)

消費税相当額を除いた金額を入力してください。

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 1,000,000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

①+②+③ 1,100,000円

【補助上限額】

病床数	×	給付額	=	補助上限額
50床		40,000円		2,000,000円

病院及び5床以上の有床診療所は、許可病床数を入力してください。

事務担当者名: 佐賀 次郎

電話番号: 0952-00-0000

メールアドレス: xxx@pref.saga.lg.jp

佐賀県知事 殿

様式が2種類ありますので、施設に応じた様式を使用してください。
(無床または4床以下 / 5床以上)

住所: 佐賀市〇〇

保険医療機関名: 〇〇病院

代表者名: 佐賀 太郎

佐賀県生産性向上・職場環境整備等支援事業補助金交付申請書

標記について、次のとおり申請します。

申請時点で実績が確定している場合は「交付申請書兼実績報告書」、未確定の場合は「交付申請書」を提出してください。

申請額 1,100,000円 ※所要額合計 (①+②+③) と補

該当者は必ずチェックを入れてください。

【 】 ※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
タブレット端末	100,000円
合計	100,000円

該当する場合はチェックを入れてください。
(①~③)

消費税相当額を除いた金額を入力してください。

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 1,000,000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

①+②+③ 1,100,000円

【補助上限額】

病床数	×	給付額	=	補助上限額
30床		40,000円		1,200,000円

病院及び5床以上の有床診療所は、許可病床数を入力してください。

事務担当者名: 佐賀 次郎

電話番号: 0952-00-0000

メールアドレス: xxx@pref.saga.lg.jp

佐賀県知事 殿

様式が2種類ありますので、施設に応じた様式を使用してください。
(無床または4床以下 / 5床以上)

住所: 佐賀市〇〇

保険医療機関名: 〇〇病院

代表者名: 佐賀 太郎

佐賀県生産性向上・職場環境整備等支援事業補助金実績報告書

標記について、次のとおり報告します。

交付申請または変更承認申請と一致しているかどうか確認してください。
※一致していない場合は、実績報告の提出前に「変更承認申請」を提出してください。

報告額 1,100,000円 ※所要額

該当者は必ずチェックを入れてください。

※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
タブレット端末	100,000円
合計	100,000円

該当する場合はチェックを入れてください。
(①~③)

消費税相当額を除いた金額を入力してください。

- 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 1,000,000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

①+②+③ 1,100,000円

【補助上限額】

病床数	×	給付額	=	補助上限額
30床		40,000円		1,200,000円

病院及び5床以上の有床診療所は、許可病床数を入力してください。

事務担当者名: 佐賀 次郎

電話番号: 0952-00-0000

メールアドレス: xxx@pref.saga.lg.jp

別紙(様式第1号・第2号関係)

記載例(別紙)

病院・診療所は、医科「411」、歯科「413」から始まる10桁のコードをご記入ください。訪問看護STは、7桁のステーションコードをご記入ください。

1. 申請者の情報

フリガナ		〇〇ピョウイン	申請年月日	2025	年	9	月	1	日
医療機関等の名称		〇〇病院 医療機関コード: 4110000000	住所・所在地	〒 840 - 0000					
フリガナ		イリヨウホウジン 〇〇カイ		佐賀市〇〇					
開設者 (代表者の職・氏名も記載)		医療法人 〇〇会 理事長 佐賀 太郎	事務担当者	氏名	佐賀 次郎				
				電話番号	0952-00-0000				
				FAX	0952-00-0000				
				電子メール	xxx@pref.saga.lg.jp				

2. 該当するベースアップ評価料の区分(複数回答可)

区分	チェック
O100 外来・在宅ベースアップ評価料(I)	
P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)	
O102 入院ベースアップ評価料(医科)	○
P102 入院ベースアップ評価料(歯科)	
訪問看護ベースアップ評価料(I)	

法人名・代表者職・代表氏名をご記入ください。
個人の方も代表者職・代表氏名をご記入ください。

該当する区分にチェックを入れてください。

漢字等表記の名義(通帳表紙等に記載)ではなく、カナ表記の名義(表紙裏面等に記載)をご記入ください。

3. 振込口座

金融機関名	〇〇銀行	金融機関コード	0	0	0	0	支店名	〇〇支店	支店コード	0	0	0
口座番号 (右詰め)	0	0	0	0	0	0	預金種別	普通	口座名義人【カナ】	イ) 〇〇カイ		

※「口座名義人【カナ】」は、振替口座通帳の口座名義人(カナ)が表記されているページ(表紙裏面等)を確認の上、ご記入ください。

※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)を記入してください。

※振込口座通帳のコピーを添付してください。(メール提出の場合、コピーのファイル形式はPDF・JPEG・PNGのいずれかとしてください。)