

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）

- 当該医療機関の代表者以外の名義（法人本部等）で申請する場合は、住所は法人本部のものを記入。
○「保険医療機関名」には法人名を付記してください。
○代表者名には職名を付記してください。

住所： 佐賀市〇〇

： 医療法人〇〇会 〇〇病院

名： 理事長 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。

申請額 1,100,000円

※所要額合計（①+②+③）と入力

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。

該当者は必ずチェックを入れてください。

【生産性向上・職場環境整備等】※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

記載例（様式第2号）

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）

- 当該医療機関の代表者以外の名義（法人本部等）で申請する場合は、住所は法人本部のものを記入。
- 「保険医療機関名」には法人名を付記してください。
- 代表者名には職名を付記してください。

住所： 佐賀市〇〇
： 医療法人〇〇会 〇〇病院
名： 理事長 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

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）

- 当該医療機関の代表者以外の名義（法人本部等）で申請する場合は、住所は法人本部のものを記入。
○「保険医療機関名」には法人名を付記してください。
○代表者名には職名を付記してください。

住所：佐賀市〇〇

医療法人〇〇会 〇〇病院

理事長 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。

報告額

1,100,000円

※所要額合計

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。

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

30床

×

給付額

40,000円

＝

補助上限額

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	申請年月日	2025	年	9	月	1	日
医療機関等の名称		〇〇病院	住所・所在地	〒 840 - 0000					
フリガナ		イリョウホウジン 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

区分	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。	医療機関所在地の住所を ご記入ください。
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)	○	該当する区分にチェックを入れてください。
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)		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。)

誓 約 書

私は、下記の事項について誓約します。

なお、県が必要な場合には、佐賀県警察本部に照会することについて承諾します。

また、照会で確認された情報は、今後、私が県と行う他の契約等における身分確認に利用することに同意します。

記

- 1 自己又は自社の役員等が、次のいずれにも該当する者ではありません。
 - (1) 暴力団(暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。)
 - (2) 暴力団員(暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。)
 - (3) 暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者
 - (4) 自己、自社若しくは第三者の不正な利益を図る目的又は第三者に損害を与える目的をもって暴力団又は暴力団員を利用している者
 - (5) 暴力団又は暴力団員に対して資金等を提供し、又は便宜を供与する等直接的又は積極的に暴力団の維持運営に協力し、又は関与している者
 - (6) 暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者
 - (7) 暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれらを利用している者
- 2 1の(2)から(7)までに掲げる者が、その経営に実質的に関与している法人その他の団体又は個人ではありません。

住所及び氏名は、交付申請書等
(様式第1～3号)及び確認書と
同一のものを記載してください。

月 日

佐賀県知事 様

〔 法人、 にあつては事務所所在地 〕

住 所

〔 法人、団体にあつては法人・団体名、代表者名 〕

(ふりがな)

氏 名

生年月日 (明治・大正・昭和・平成) 年 月 日

○佐賀県生産性向上・職場環境整備等補助金 確認書

No.	項目	チェック
1	補助金交付要綱・Q&A・申請マニュアルを全て確認し、内容を十分に理解している。	
2	申請内容は、令和6年4月1日～令和8年3月31日に実施した(もしくはする予定の)取組に係る経費である。 物品購入の場合は、令和8年3月31日までに納品が完了している。(もしくは見込である。)(要綱第3条第1項)	
3	申請額に消費税及び地方消費税は含んでいない。(要綱第4条第2号) [例:補助上限額18万円の施設が、税抜10万円(税込11万円)の備品を購入した場合、補助可能額は10万円。]	
4	本補助事業によって取得した下記の財産は、県の承認なく譲渡や処分等を行ってはならないことを理解している。 (要綱第6条第5号) 【対象】 事業により取得し、又は効用の増加した価格が単価50万円以上(民間事業者の場合は30万円以上)の機械、器具及びその他の財産 【処分制限期間】 厚生労働省告示「補助事業等により取得し、又は効用の増加した財産の処分制限期間」に定める期間を経過する日まで	
5	交付申請書(または交付申請書兼実績報告書)における所要額合計(①+②+③)は、証拠書類(領収書等)の金額と一致している。 また、証拠書類は、本事業が適切に行われたことが確認可能なものである。 (もしくは、同様の証拠書類を用意する見込である。) 【証拠書類の例】 ・ICT機器等設備の導入の場合 ・領収書、納品書等(納品日、使途、金額(消費税額含む)、発行者、受領者(支払者)が分かるもの)	
6	補助対象経費に係る収入及び支出を明らかにした帳簿及び証拠書類を、要綱に規定された期間保存しなければならないことについて理解している。(要綱第6条第8号)(※県への提出は不要。) 【本確認書「4」に該当する財産の場合】 ・補助金の額の確定の日の属する年度(令和8年度見込)の終了後5年間を経過後、当該財産の処分が完了する日、又は上記の処分制限期間の末日のいずれか遅い日まで 【上記以外の場合】 ・補助金の額の確定の日の属する年度(令和8年度見込)の終了後5年間	
7	補助対象経費には、他の補助金や助成金、寄付金等が充当されていない。	
8	補助金の確定額が概算交付額よりも少額となった場合は、過払額を県に返還しなければならないことについて理解している。(要綱第9条第2項)[※返還は令和8年度末頃に県から依頼する予定。]	
9	本補助金を既存の機器やシステムのランニングコストに充当している。	
10	本補助金を職員の賃上げに充当する場合、賃上げ分に充当している。(ベースアップ・手当・)	
11	【公立病院のみ】人事院勧告に準じて給与が決定していることが明確に判別可能な部分に本補助金を充当している。	

住所及び氏名は、交付申請書等
(様式第1～3号)及び誓約書と
同一のものを記載してください。

◎上記の内容について虚偽がないことを誓約いたします。

住所	
保険医療機関名	
代表者名	

※本補助事業の執行状況については、不正行為の有無に関わらず、国の会計検査院等の監査の対象になる場合があります。
また、不正行為が発覚した場合、補助金適正化法に基づく罰則が科される場合があります。