

三重県電子処方箋活用・普及促進事業費補助金
交付申請書（兼）実績報告書

三重県知事

あて

令和 年 月 日

黄色のセルを全て記入してください。

標記について、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ										
	名 称										
	所在地	(郵便番号 -)									
	代表者の職・氏名	職 名					氏 名				

施設の名称・所在地等	フリガナ										
	施設の名称										
	施設の所在地	(郵便番号 -)									
	医療機関番号	2	4								
連絡先	電話番号										
	E-mail										

担当者	申請に関する連絡先	電話番号					E-mail		
	申請に関する担当者	職 名					氏 名		

申請内容

1. 施設区分

(①大規模病院, ②病院, ③診療所, ④薬局)

2. 申請区分

(①初期導入, ②新機能, ③初期導入と新機能の同時導入)

3. 電子処方箋管理サービス導入のためのシステム整備が完了した日

令和 年 月 日

4. 経費所要額（単位：円）

基準額A	総事業費B	対象経費の 実支出額C	寄附金その他の 収入額D

(1) 選定額E E=MIN(A, C)	差引額F F = B - D	(2) 選定額G E=MIN(E, F)	補助率H	申請額 I I=G*H

5. 確認事項（裏面の確認事項を確認し、全て該当する場合は○を記入してください。）

確認事項

<申請書提出前に改めてご確認ください>

- ・「申請書」最下部の確認事項をチェックしたか
- ・記載項目（黄色欄）の記載漏れが無いか
- ・「役員等調書」を記載したか（個人開設施設でも記載が必要）
- ・その他添付書類（口座振替申出書、決定通知書等）は用意できているか

<「申請者」欄の入力について>

- 【法人開設の医療機関等の場合】
- ・名称：法人名
 - ・所在地：法人の事務所の所在地
 - ・代表者の職・氏名：理事長等の職名、氏名
- 【個人開設の医療機関等の場合】
- ・名称：医療機関名等（病院、診療所、薬局名）
 - ・所在地：医療機関等の所在地
 - ・代表者の職・氏名：開設者（管理者、院長等）の職名、氏名

医療機関番号は、都道府県番号（三重県：24）＋点数表番号（「医科：1」、「歯科：3」、「薬局：4」）＋保健医療機関番号（7桁）としてください。

例）保険医療機関番号が「7654321」の薬局の場合
24 + 4 + 7654321 = 2447654321（10桁の医療機関番号）

<「申請内容」の記入について>

1. 施設区分
- ・①大規模病院, ②病院, ③診療所, ④薬局のいずれかをプルダウンより選択してください。
 - ・200床以上の病院は「①大規模病院」を、200床未満の病院は「②病院」を選択してください。
2. 申請区分
- ・①初期導入, ②新機能, ③初期導入と新機能の同時導入のいずれかをプルダウンより選択してください。
3. 電子処方箋管理サービス導入のためのシステム整備が完了した日
- ・申請区分で選択した機能を導入するための施設改修等が完了した年月日を入力してください。
 - ・なお、令和7年9月30日までに完了している必要があります。
4. 経費所要額
- 【基準額】
- ・施設区分及び申請区分に応じた額を入力してください。
 - ※裏面【基準額・補助率・補助上限額】参照
- 【総事業費】
- ・申請区分で選択した事業の総事業費を入力してください。
- 【対象経費の実支出額】
- ・申請区分で選択した事業の対象経費に係る実支出額を入力してください。
- 【寄附金その他の収入額】
- ・事業費について、国（社会保険診療報酬支払基金）の補助金以外に控除すべき寄附金やその他の収入がある場合に入力してください。無い場合は「0」と入力してください。
- 【(1)選定額】
- ・【基準額】と【対象経費の実支出額】を比較して、少ない方の額を入力してください。
- 【差引額】
- ・【総事業費】から【寄附金その他の収入額】を引いた額を入力してください。
- 【(2)選定額】
- ・【(1)選定額】と【差引額】を比較して、少ない方の額を入力してください。
- 【補助率】
- ・施設区分に応じた補助率を入力してください（分数で記入）。
 - ※裏面【基準額・補助率・補助上限額】参照
- 【申請額】
- ・【(2)選定額】に【補助率】を乗じた額を入力してください（千円未満切り捨て）。
5. 確認事項
- ・裏面に記載されている確認事項を確認し、「○」を入力してください。

【確認事項】		裏面
①	健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項各号に規定する病院若しくは診療所又は薬局であつて、令和4年6月30日薬生総発第1号厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長通知「医療提供体制設備整備交付金実施要領（電子処方箋管理サービス）」（以下「実施要領」という。）の「第2 交付対象事業」の1に規定される事業を実施し、社会保険診療報酬支払基金から実施要領の「第9 交付等の決定及び通知」の通知を受けた施設であること。	
②	「三重県の交付する補助金等からの暴力団等排除措置要綱」別表に掲げる一に該当しないこと。	
③	オンライン資格確認等システムを運用開始した上で、電子処方箋管理サービスを利用できる環境を整備（電子署名に必要なHPKIカード等の保有も含む）し、実際に電子処方箋管理サービスを継続して実施すること。	
④	県が別に指示する電子処方箋に関する取組（アンケート、ポスター掲示等）に協力すること。	
⑤	「三重県電子処方箋活用・普及促進事業費補助金交付要領」第6条を遵守すること。	
⑥	「三重県電子処方箋活用・普及促進事業費補助金交付要領」第11条に基づく「消費税仕入控除税額の確定に伴う報告」を行うこと。	
⑦	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。	
⑧	報告内容に虚偽の事実が判明した場合は、補助金の一部又は全額を返還すること。	
⑨	本事業について、令和8年3月31日まで継続すること。	

【添付書類】	
①	電子処方箋管理サービス導入に関する領収書（写し）及び領収書内訳書（写し） ※社会保険診療報酬支払基金に提出した書類（対象事業費が確認できるもの）を添付。
②	社会保険診療報酬支払基金から発行された決定通知書（「電子処方箋管理サービスの導入に必要な端末の購入等に係る補助金交付決定通知書」（写し）又は「電子処方箋管理サービスの新機能の導入に必要なシステム改修等に係る助成金交付決定通知書」（写し））
③	（様式2）役員等調書 ※個人開設の医療機関等の場合も添付してください。
④	（様式3）口座振替申出書 ※振込先口座の確認できる通帳の見開きページ（フリガナ・口座番号等が確認できるページ）の写し

【基準額・補助率・補助上限額】

①大規模病院（病床数200床以上）

申請区分	基準額	補助率	補助上限額
初期導入のみ	4,866,000円	1/6	811,000円
新機能のみ	1,356,000円	1/6	226,000円
初期導入と新機能の同時導入	6,022,000円	1/6	1,003,000円

②病院（大規模病院以外）

申請区分	基準額	補助率	補助上限額
初期導入のみ	3,259,000円	1/6	543,000円
新機能のみ	1,002,000円	1/6	167,000円
初期導入と新機能の同時導入	4,059,000円	1/6	676,000円

③診療所

申請区分	基準額	補助率	補助上限額
初期導入のみ	388,000円	1/4	97,000円
新機能のみ	245,000円	1/4	61,000円
初期導入と新機能の同時導入	542,000円	1/4	135,000円

④薬局

申請区分	基準額	補助率	補助上限額
初期導入のみ	388,000円	1/4	97,000円
新機能のみ	256,000円	1/4	64,000円
初期導入と新機能の同時導入	553,000円	1/4	138,000円

法人名							
申請年月日	令和		年		月		日
申請額							円

[illegible]

本申請からさかのぼって2年以内に医療保健部の補助金交付申請において役員名簿を提出しており、かつ、以下の事項に該当する場合は、上記への記載を省略することが可能です。該当する場合は、□の部分に■に変更し、提出年月日や提出先（所属）等に記載してください。

提出年月日	令和 年 月 日
提出先（所属）	
補助事業名	
役員数	

※左に記載できるのは、本申請からさかのぼって2年以内に、三重県医療保健部に補助金交付申請を行ったものに限り。また、すべての役員に変更がない場合に限り。

「役員等調書」は個人開設の医療機関等の場合も必ず作成が必要です。
※黄色の欄は記入必須です。

申請書（兼）実績報告書に入力した内容と同一にしてください。
※excel表の場合は、申請書の入力内容が転記されます。

下記を参考に、氏名等の情報を入力してください。

(1) 業務を執行する取締役・執行役等

- ・ 合名会社、合資会社、合同会社 → 会社法で規定される社員
- ・ 株式会社 → 会社法で規定される取締役等
- ・ 社会福祉法人 → 社会福祉法で規定される役員
- ・ 医療法人 → 医療法に規定される役員
- ・ NPO法人 → 理事、監事 など

(2) 上記(1)の他、相談役、顧問等の名称を有するかどうかを問わず、(1)に掲げる者と同等以上の支配力を法人に対し有するものと認められる者

【個人開設の医療機関について】
個人開設の医療機関については、開設者（管理者、院長）の情報を入力してください。

(1) シメイ
・ 半角カタカナで記入し、姓と名の間に半角で1文字分のスペースを空ける。
(記入例) ハトリ シュヅウ (←全てを大文字にする必要はありません。)

(2) 氏名
・ 全角で記入し、姓と名の間に全角1文字分のスペースを空ける。

(3) 生年月日
・ 元号について、大正：T、昭和：S、平成：Hと半角英数で記入する。
・ 年月日について、一桁でも、01、02と記入する。

(4) 性別
・ 男性：M、女性：Fと半角英数で記入する。

本欄以降に入力があった場合、事務局で過去の提出ファイルにより内容確認を行いますので、正確に記入してください。
※万一、確認できなかった場合は、改めてこの役員等調書への入力をお願いすることがございますので、施設側で過去の提出状況を正確に把握できない場合は、本欄の使用は控えてください。

口座振替申出書

申請者			
フリガナ			
名 称			
代表者	職名		
	氏名		
郵便番号			—
所在地			
振込口座情報			
金融機関名			
金融機関コード			
支店名			
支店コード			
口座種別			
口座番号			
口座名義人			
口座名義人(カナ)			
担当者	氏名		
	連絡先(TEL)		

黄色のセルを全て記入してください。

申請者情報については、申請書（兼）実績報告書に入力した内容と全て同一にしてください。
【法人名】申請者欄の名称と同一にしてください。
【申請額】経費所要額で算出した申請額と同様にしてください。

申請者名義(法人・個人)の通帳をご確認いただき、口座情報を正しく入力してください。

振込口座情報について

【金融機関コード】

- ・ 4桁の数字からなる金融機関コードを半角数字で記入してください。

【支店コード】

- ・ 3桁の数字からなる支店コードを半角数字で記入してください。

【口座種別】

- ・ 「普通」か「当座」のいずれかをプルダウンより選択してください。

【口座番号】

- ・ 半角数字で記入してください。

【口座名義人(カナ)】

- ・ 半角カタカナで記入してください。

※通帳の見開きページの表記通りに記入

添付書類

- ・振込先口座の確認できる通帳の見開きページ(フリガナ・口座番号等が確認できるページ)の写し