

令和8年度高知県オンライン服薬指導機器整備事業費補助金

申請書 記入例

【問い合わせ先】

高知県 健康政策部 薬務衛生課

〒780-8570 高知市丸ノ内1-2-20

TEL: 088-823-9682 FAX:088-823-9264

E-mail:131901@ken.pref.kochi.lg.jp

別記

第1号様式（第5条関係）

申請書の提出日

令和 ○年 ○月 ○日

高知県知事 様

申請者住所 ○○市○○町○○-○○
(法人の場合は、主たる事務所所在地)

申請者名 株式会社○○
代表取締役 ○○ ○○
(法人の場合は、法人名及び代表者職氏名)

生年月日 昭和○年○月○日

押印不要

保険薬局の開設者

令和8年度高知県オンライン服薬指導機器整備事業費補助金 交付申請書

高知県補助金等交付規則第3条及び令和8年度高知県オンライン服薬指導機器整備事業費補助金交付要綱第5条の規定により、補助金の交付を関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

1 保険薬局の名称及び所在地

名称 ○○薬局 ○○店
医療機関番号 □□□□□□□□
所在地 ○○市○○町○○-○○

7桁のコードをご記入ください

2 補助申請額 金 87,000 円

別紙1のH欄と同額をご記入ください

3 添付書類

- (1) 経費所要額調書（別紙1） (2) 機器等整備内訳書（別紙2）
(3) 事業計画書（別紙3） (4) 見積書
(5) 歳入歳出予算書（抄本）（別紙4）
(6) 県税事務所で発行する全税目（個人県民税及び地方消費税を除く。）の納税証明書、又は県税完納情報の提供に係る同意書（※1）及び本人確認書類の写し（※2）

1つの製品の購入金額が30万円を超える場合は、2社以上から見積もりをとってください

※1：税務課が別に定める「県税完納情報提供事務処理要項」における第4号様式。

※2：申請者が個人の場合は、マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証の写し等。

申請者が法人の場合は、法人代表者のマイナンバーカード、運転免許証、健康保険証の写し等。
(注) マイナンバーカードは表面のみコピー（裏面はマイナンバーの表示があるため、提出は不可とする。）、健康保険証の保険者番号及び被保険者等記号・番号は復元できない程度にマスキング処理を施す等してください。

- (7) (1)から(6)までに掲げる書類のほか、パンフレット等、整備する機器等の内容が分かる書類

(注) 申請者名は、保険薬局の開設者名を記入してください。

4 補助金振込先

金融機関名：○○銀行
口座名義人(カナ)：カ) ○○○○
口座種別：普通・当座

支店名：○○支店

口座番号：○○○○○○○

着色セルには式が入っていますので、
白色セルに入力して下さい。(自動計算)

経費所要額調書

購入予定の機器等整備費用の総額(税込)が192,500円
(※寄附金その他の収入0円、全額が対象経費)の場合
の記載例

(A)欄は、税込額の192,500円
(C)欄は、(A) - (B)の額
(D)欄は、(C)欄から対象外経費を除いた額の税抜き額
(E)欄は、上限額の2,00,000円
(G)欄(補助率)は1/2
(H)欄は(D)欄175,000円 × 1/2 = 87,500円(千円未満
の端数を切り捨てた額)を記入して下さい。

| | |
|-------|---------|
| 保険薬局名 | 〇〇薬局〇〇店 |
|-------|---------|

(単位：円)

| 総事業費 (A) | 寄附金その 他の収入額 (B) | 差引額 (A) - (B) (C) | 対象経費の 支出予定額 (D) | 基準額 (E) | 選定額 (F) | 補助率 (G) | 補助所要額 (F) × (G) (H) | 備考 |
|-------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|------------|------------|------------|---------------------------|----|
| 税込額 | | | 税抜額 | | | | | |
| 192,500 | 0 | 192,500 | 175,000 | 200,000 | 175,000 | 1/2 | 87,000 | |

税抜きの対象経費支出予定額
を記入して下さい。

D欄、E欄を比較して
低い方の額を記載して下さい。

H欄の額を第1号様式の
補助金申請額に記載して下さい。

※「選定額(F)」欄は、(D)欄又は(E)欄のいずれか低い方の額を記入して下さい。

※「補助所要額(H)」欄は、算出した額に1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額を記入して下さい。

(F) × (G)に1,000円未満の端数が生じた場合は
1,000円未満を切り捨てて下さい。
(例)
(F)175,000円 × (G)1/2 = 87,500
87,000円をH欄に記入

機器等整備内訳書

1 機器等整備の内容

| 品名 | メーカー | 規格 | 数量 | 単価 (税抜) 円 | 金額 (税抜) 円 | 金額 (税込) 円 | 備考 |
|--------|---------|-----------|----|--------------|--------------|--------------|----|
| パソコン | (株)〇〇〇〇 | AB - 2025 | 1 | 160,000 | 160,000 | 176,000 | |
| ウェブカメラ | ××××(株) | C-0704D | 1 | 5,000 | 5,000 | 5,500 | |
| ルーター | △△△△(株) | EFG1000 | 1 | 10,000 | 10,000 | 11,000 | |
| 合計 | - | - | - | - | 175,000 | 192,500 | |

購入する機器等の種類

メーカー名

製品の型番など、どの製品か分かるもの

見積書に記載の価格
(**税抜き価格**)

機器等の合計額(**税抜き価格**)
このうち対象外経費を除いた額を別紙1の(D)欄に記入
※寄附金その他収入額が0円の場合

機器等の合計額(**税込み価格**)
この額を別紙1の(A)欄及び別紙4の計欄に記入

事業計画書

| | | | | | | | |
|---------------|-----------------|-------------------|------------------|---------------------------------|--|--|--|
| 開設者 〇〇 〇〇 | | 保険薬局名 〇〇薬局 〇〇店 | | 所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇 高知市〇〇町〇〇-〇〇 | | | |
| 担当者名 〇〇 〇〇 | TEL 〇〇〇-〇〇〇〇 | FAX 〇〇〇-〇〇〇〇 | MAIL 〇〇〇@〇〇〇〇 | | | | |

事務担当者の氏名

新たにオンライン服薬指導に取り組む場合はこちらに記入

申請時点から年度末までの増加件数を記載してください。
10月に申請する場合、6ヶ月間(10月～翌年3月)×2件/月
=12件は実施するようにしてください。

1. 薬局の現況

①新たにオンライン服薬指導に取り組む薬局

| | | |
|-------------------|------------|------------|
| オンライン服薬指導 実施計画 | 本年度 | 来年度以降 |
| | 年度当たり 12 件 | 年度当たり 36 件 |

※薬剤服用歴管理指導料4(情報通信機器を用いた服薬指導行った場合)、在宅患者訪問薬剤管理指導料(在宅患者オンライン服薬指導料)及び在宅患者訪問薬剤管理指導料(在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料)の「算定回数」を記載してください。

※(少なくとも)年間のオンライン服薬指導件数を24件程度(月間2件)増加させるよう、計画してください。

以前からオンライン服薬指導を実施している場合はこちらに記入

本年度より24件(2件/月)以上増えること

②既にオンライン服薬指導に取り組んでいる薬局

| | | | |
|-------------------|------------|------------|------------|
| オンライン服薬指導 実施計画 | 昨年度 | 本年度 | 来年度以降 |
| | 年度当たり 10 件 | 年度当たり 22 件 | 年度当たり 46 件 |

※薬剤服用歴管理指導料4(情報通信機器を用いた服薬指導行った場合)、在宅患者訪問薬剤管理指導料(在宅患者オンライン服薬指導料)及び在宅患者訪問薬剤管理指導料(在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料)の「算定回数」を記載してください。

※(少なくとも)年間のオンライン服薬指導件数を24件程度(月間2件)増加させるよう、計画してください。

年度途中で申請する場合は、申請時点から年度末までの増加件数を記載してください。
10月に申請する場合、6ヶ月間(10月～翌年3月)×2件/月=12件は増加するようにしてください。

歳入歳出予算書（抄本）

（単位：円）

| 歳入 | | | 歳出 | | |
|--|---------|----|---------|---------|----|
| 項目 | 予算額 | 備考 | 項目 | 予算額 | 備考 |
| 県補助金 | 87,000 | | 機器等購入経費 | 192,500 | |
| その他収入 <small>（寄付金, その他補助金等）</small> | 0 | | | | |
| 事業主負担 | 105,500 | | | | |
| 計 | 192,500 | | 計 | 192,500 | |

別紙1の(H)欄と同じ額を記入

別紙1の(A)欄と同じ額を記入

機器購入経費－県補助金