

高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金及び
高知県医療施設等物価高騰緊急対策事業給付金申請書兼実績報告書

（申請日）令和 年 月 日

高知県知事 様

申請者に関する情報	フリガナ						
	法人名						
	代表者役職（理事長等）						
	代表者氏名						
	フリガナ						
	氏名						
	法人所在地 又は 個人の場合は事業所所在地 ※番地や建物名まで記載してください。	郵便番号					
	担当者氏名				担当者電話番号（内線等）		
	連絡先メールアドレス				FAX		
	振込先口座情報	金融機関名			支店名	口座種別	
	口座番号			口座名義人（カナ）			

【誓約事項】
下記について、相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。
※全ての項目がチェックされていないと申請できません。

本給付金交付要領に定めている要件を満たしているとともに、申請書類の内容に虚偽や不正等がないことを誓約します。

本給付金に係る証拠書類を5年間適切に整備し保管します。

本給付金の交付決定後、交付要件に違反する事実や申請書類の不正その他支給要件を満たさないことが発覚した場合は、給付金を返還します。

高知県から申請書類の内容に関して検査や報告の求めがあった場合は、これに応じます。

法令等が求める設置に必要な指定等を受けています。

申請する施設については、事業の対象期間において、継続して当該施設を設置し、診療等の提供を行っています。

申請者等（代表者のほか、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員等）が、暴力団（高知県暴力団排除条例（平成22年高知県条例第36号）第2条第1号に規定する暴力団をいう。）又は暴力団員等（同条第3号に規定する暴力団員等をいう。）に該当しておらず、将来にわたっても該当しません。

申請内容

A 賃上げ支援事業

申請額	
	円

※別紙様式1-1 高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金賃上げ支援事業給付申請書兼実績報告書の申請額と同額となる。

B 物価支援事業

申請額	
	円

※別紙様式2 高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金物価支援事業給付申請書兼実績報告書の申請額と同額となる。

C 物価高騰緊急対策事業

申請額	
	円

※別紙様式3 事業所・施設別申請額一覧の申請額と同額となる。

申請額合計 (A+B+C)		円
------------------	--	---

【高知県医療施設等物価高騰緊急対策事業給付金申立事項】
下記の通り相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。

申請を行う事業所・施設について、「高知県社会福祉施設等物価高騰緊急対策給付金」の申請を行っていません。

高知市内に開設する医療施設等（病院を除く。）ではありません。

【申請に必要な添付書類チェックリスト】

〈全事業共通〉

第1号様式 高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金及び高知県医療施設等物価高騰緊急対策事業給付金申請書兼実績報告書

県税の滞納がない旨を証明する納税証明書または県税の納税義務がない旨の申立書

給付金を振り込む口座の通帳の写し（口座名義人カタカナ、金融機関名、支店名、口座番号が確認できる部分）

〈A 賃上げ支援事業〉

別紙様式1-1 高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金賃上げ支援事業給付申請書兼実績報告書

別紙様式1-2 高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金賃上げ支援事業給付申請書兼実績報告書（事業所単位で作成すること。）

別紙様式1-3 2.0超部分算定シート（必要に応じて事業所単位で作成すること。）

別添 賃上げ誓約書

〈B 物価支援事業〉

別紙様式2 高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金物価支援事業申請書兼実績報告書

〈C 物価高騰緊急対策事業〉

別紙様式3 事業所・施設別申請額一覧

高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金
 賃上げ支援事業給付金申請書兼実績報告書 (有床診療所 (医科・歯科))

高知県知事 様

高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金及び高知県医療施設等物価高騰緊急対策事業給付金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

1. 申請者の情報

フリガナ			
法人名 (個人事業者は個人名)			
法人住所・所在地 (個人の場合は、 事業所の所在地)	郵便番号：〒		
	住 所：		
事務担当者	氏名		電話番号
	FAX		電子メール

2. 申請額

施設等の名称 (※1)	保険医療機関コード (※2)	所在地	許可 病床数 (※3)	賃上げ支援 (円)	
				申請の有無	72,000円 × 許可病床数 (※2床以下の場合 は一律150,000円)
				申請額計	

(※1) 施設等の名称は略さずに正式名称を記入すること。
 (※2) 10桁の医療機関コードを記入すること。
 (※3) 申請日時点の病床数 (令和6年度補正予算事業「病床数適正化支援事業」(令和7年度に繰り越して実施)により同年8月2日以降に削減した病床数を除くこと)。

高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金賃上げ支援事業給付金申請書兼実績報告書(有床診療所(医科・歯科))

開設者:

有床診療所の名称:

令和8年6月1日以降のベースアップ月額水準の維持・拡大

令和8年3月1日時点のベースアップ評価料の届出

令和8年6月1日時点の令和8年度診療報酬改定による見直し後のベースアップ評価料の届出

- ①: 賃金改善の総額
- ②: 賃上げ支援事業の給付基準額
- 法人内流用
- ①≥②の判定
- ②-①: 返還額(千円未満切り捨て)
- 交付決定額

1名あたり平均額(役職によって異なる場合は加重平均してください)							賃金改善の総額				
対象職員の賃金改善実績の有無(右欄に○・×を記載)							対象職員の賃金改善実績の有無(右欄に○・×を記載)				
賃金改善の内容	①対象人数 (常勤換算数)	②月額または 一時金支給額	③月数	令和8年6月1日以降の ベースアップ月額水準 (直接入力)	令和8年6月1日以前の ベースアップ月額水準が 支給額以上(自動判定)	1名あたり平均額(月額)	賃金改善の内容	①対象人数 (常勤換算数)	②月額または 一時金支給額	③月数	賃金改善の総額
賃上げ(ベースアップ分)((①対象人数× ②月額×③月数)÷①対象人数)							賃上げ(ベースアップ分)(①対 象人数×②月額×③月数)				
特別手当((①対象人数×②月額×③月 数)÷①対象人数)							特別手当(①対象人数×②月額 ×③月数)				
一時金((①対象人数×②支給額)÷①対 象人数)							一時金(①対象人数×②支給 額)				
令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分(別紙様式1-3にて算定)							令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分(別紙様式1-3にて算定)				
(職種内訳)○○の賃金改善実績の有無(右欄に○・×を記載)							(職種内訳)○○の賃金改善実績の有無(右欄に○・×を記載)				
賃金改善の内容	①対象人数 (常勤換算数)	②月額または 一時金支給額	③月数	令和8年6月1日以降の ベースアップ月額水準 (直接入力)	令和8年6月1日以前の ベースアップ月額水準が 支給額以上(自動判定)	1名あたり平均額(月額)	賃金改善の内容	①対象人数 (常勤換算数)	②月額または 一時金支給額	③月数	賃金改善の総額
賃上げ(ベースアップ分)((①対象人数× ②月額×③月数)÷①対象人数)							賃上げ(ベースアップ分)(①対 象人数×②月額×③月数)				
特別手当((①対象人数×②月額×③月 数)÷①対象人数)							特別手当(①対象人数×②月額 ×③月数)				
一時金((①対象人数×②支給額)÷①対 象人数)							一時金(①対象人数×②支給 額)				
令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分(別紙様式1-3にて算定)							令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分(別紙様式1-3にて算定)				

高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金
 賃上げ支援事業給付金申請書兼実績報告書 (無床診療所 (医科・歯科))

高知県知事 様

高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金及び高知県医療施設等物価高騰緊急対策事業給付金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

1. 申請者の情報

フリガナ				
法人名 (個人事業者は個人名)				
法人住所・所在地 (個人の場合は、 事業所の所在地)	郵便番号：〒			
	住 所：			
事務担当者	氏名		電話 番号	
	F A X		電子 メール	

2. 申請額 (※1)

施設等の名称 (※2)	保険医療機関コード (※3)	所在地	賃上げ支援 (円)	
			申請の有無	1施設につき 150,000円
			申請 額計	

(※1) 施設数が足りない場合は、行を追加すること。
 (※2) 施設等の名称は略さずに正式名称を記入すること。
 (※3) 10桁の医療機関コードを記入すること。

高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金賃上げ支援事業給付金申請書兼実績報告書(無床診療所(医科・歯科))

開設者:

無床診療所の名称:

令和8年6月1日以降のベースアップ月額水準の維持・拡大

令和8年3月1日時点のベースアップ評価料の届出

令和8年6月1日時点の令和8年度診療報酬改定による見直し後のベースアップ評価料の届出

①: 賃金改善の総額
 ②: 賃上げ支援事業の基準額
 法人内流用
 ①≥②の判定
 ②-①: 返還額(千円未満切り捨て)
 交付決定額

1名あたり平均額 (役職によって異なる場合は加重平均してください)							賃金改善の総額					
対象職員の賃金改善実績の有無(右欄に○・×を記載)							対象職員の賃金改善実績の有無(右欄に○・×を記載)					
賃金改善の内容	①対象人数 (常勤換算数)	②月額または 一時金支給額	③月数	令和8年6月1日以降のベース アップ月額水準 (直接入力)	令和8年6月1日以降 のベースアップ月額水 準が支給額以上(自 動判定)	1名あたり平均額(月 額)	賃金改善の内容	①対象人数 (常勤換算数)	②月額または 一時金支給額	③月数	賃金改善の総額	
賃上げ(ベースアップ分)((①対象 人数×②月額×③月数)+①対象 人数)							賃上げ(ベースアップ分) (①対象人数×②月額×③ 月数)					
特別手当((①対象人数×②月額 ×③月数)+①対象人数)							特別手当(①対象人数× ②月額×③月数)					
一時金((①対象人数×②支給 額)+①対象人数)							一時金(①対象人数×② 支給額)					
令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、 令和7年12月から令和8年6月までの間の当該2.0%を上回る部分(別紙様式1-3にて算定)								令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7 年12月から令和8年6月までの間の当該2.0%を上回る部分(別紙様式1-3にて算定)				
(職種内訳)○○の賃金改善実績の有無(右欄に○・×を記載)							(職種内訳)○○の賃金改善実績の有無(右欄に○・×を記載)					
賃金改善の内容	①対象人数 (常勤換算数)	②月額または 一時金支給額	③月数	令和8年6月1日以降のベース アップ月額水準 (直接入力)	令和8年6月1日以降 のベースアップ月額水 準が支給額以上(自 動判定)	1名あたり平均額(月 額)	賃金改善の内容	①対象人数 (常勤換算数)	②月額または 一時金支給額	③月数	賃金改善の総額	
賃上げ(ベースアップ分)((①対象 人数×②月額×③月数)+①対象 人数)							賃上げ(ベースアップ分) (①対象人数×②月額×③ 月数)					
特別手当((①対象人数×②月額 ×③月数)+①対象人数)							特別手当(①対象人数× ②月額×③月数)					
一時金((①対象人数×②支給 額)+①対象人数)							一時金(①対象人数×② 支給額)					
令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、 令和7年12月から令和8年6月までの間の当該2.0%を上回る部分(別紙様式1-3にて算定)								令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7 年12月から令和8年6月までの間の当該2.0%を上回る部分(別紙様式1-3にて算定)				

高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金
賃上げ支援事業給付金申請書兼実績報告書 (薬局)

高知県知事 様

高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金及び高知県医療施設等物価高騰緊急対策事業給付金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

1. 申請者の情報

フリガナ			
法人名 (個人事業者は個人名)			
法人住所・所在地 (個人の場合は、 事業所の所在地)	郵便番号：〒		
	住 所：		
事務担当者	氏名		電話番号
	F A X		電子メール

2. 申請額 (※同一グループ内の薬局店舗数が9店舗を超える場合は、別紙に10店舗目から記載してください。)

①同一グループ内で運営する薬局店舗数： 店舗※

※薬局数は、厚生(支)局へ届出を行っている「保険薬局における施設基準届出状況報告書(別紙様式3)又は特掲診療科の施設基準等に係る届出書」に記載している令和7年4月30日時点の同一グループ内の店舗数とする。

②申請額の算定

施設等の名称 (※1)	保険医療機関コード (※2)	所在地	賃上げ支援 (円)	
			単価 5店舗以下:145,000円 6店舗以上19店舗以下:105,000円 20店舗以上:70,000円	
			申請額計	

(※1) 施設等の名称は略さず正式名称を記入すること。
(※2) 10桁の医療機関コードを記入すること。

高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金賃上げ支援事業給付金申請書兼実績報告書(薬局)

開設者：
 薬局店舗の名称：
 令和8年6月1日以降のベースアップ月額水準の維持・拡大
 令和8年6月1日時点の令和8年度診療報酬改定による見直し後のベースアップ評価料の届出

①：賃金改善の総額
 ②：賃上げ支援事業の基準額
 法人内流用
 ①≥②の判定
 ②-①：返還額(千円未満切り捨て)
 交付決定額

1名あたり平均額 (役職によって異なる場合は加重平均してください)							賃金改善の総額				
対象職員の賃金改善実績の有無(右欄に○・×を記載)							対象職員の賃金改善実績の有無(右欄に○・×を記載)				
賃金改善の内容	①対象人数 (常勤換算数)	②月額または 一時金支給額	③月数	令和8年6月1日以降のベースアップ月額水準 (直接入力)	令和8年6月1日以降のベースアップ月額水準が支給額以上(自動判定)	1名あたり平均額(月額)	賃金改善の内容	①対象人数 (常勤換算数)	②月額または 一時金支給額	③月数	賃金改善の総額
賃上げ(ベースアップ分)((①対象人数×②月額×③月数)÷①対象人数)							賃上げ(ベースアップ分)(①対象人数×②月額×③月数)				
特別手当((①対象人数×②月額×③月数)÷①対象人数)							特別手当(①対象人数×②月額×③月数)				
一時金((①対象人数×②支給額)÷①対象人数)							一時金(①対象人数×②支給額)				
令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分(別紙様式1-3にて算定)							令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分(別紙様式1-3にて算定)				
(職種内訳)○○の賃金改善実績の有無(右欄に○・×を記載)							(職種内訳)○○の賃金改善実績の有無(右欄に○・×を記載)				
賃金改善の内容	①対象人数 (常勤換算数)	②月額または 一時金支給額	③月数	令和8年6月1日以降のベースアップ月額水準 (直接入力)	令和8年6月1日以降のベースアップ月額水準が支給額以上(自動判定)	1名あたり平均額(月額)	賃金改善の内容	①対象人数 (常勤換算数)	②月額または 一時金支給額	③月数	賃金改善の総額
賃上げ(ベースアップ分)((①対象人数×②月額×③月数)÷①対象人数)							賃上げ(ベースアップ分)(①対象人数×②月額×③月数)				
特別手当((①対象人数×②月額×③月数)÷①対象人数)							特別手当(①対象人数×②月額×③月数)				
一時金((①対象人数×②支給額)÷①対象人数)							一時金(①対象人数×②支給額)				
令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分(別紙様式1-3にて算定)							令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分(別紙様式1-3にて算定)				

高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金
 賃上げ支援事業申請書兼実績報告書(訪問看護ステーション)

高知県知事 様

高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金及び高知県医療施設等物価高騰緊急対策事業給付金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

1. 申請者の情報

フリガナ				
法人名 (個人事業者は個人名)				
法人住所・所在地 (個人の場合は、 事業所の所在地)	郵便番号：〒			
	住 所：			
事務担当者	氏名		電話番号	
	F A X		電子メール	

2. 申請額

施設等の名称(※1)	保険医療機関コード (※2)	所在地	賃上げ支援(円)	
			1施設につき228,000円	
			申請額計	

(※1) 施設等の名称は略さずに正式名称を記入すること。
 (※2) 7桁のステーションコードを記入すること。

高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金賃上げ支援事業申請書兼実績報告書(訪問看護ステーション)

開設者：
 訪問看護ステーションの名称：
 令和8年6月1日以降のベースアップ月額水準の維持・拡大
 令和8年3月1日時点のベースアップ評価料の届出
 令和8年6月1日時点の令和8年度診療報酬改定による見直し後のベースアップ評価料の届出

①：賃金改善の総額
 ②：賃上げ支援事業の基準額
 法人内流用
 ①≥②の判定
 ②-①：返還額(千円未満切り捨て)
 交付決定額

1名あたり平均額 (役職によって異なる場合は加重平均してください)							賃金改善の総額				
対象職員の賃金改善実績の有無(右欄に○・×を記載)							対象職員の賃金改善実績の有無(右欄に○・×を記載)				
賃金改善の内容	①対象人数 (常勤換算数)	②月額または 一時金支給額	③月数	令和8年6月1日以降の ベースアップ月額水準 (直接入力)	令和8年6月1日以降の ベースアップ月額水準 が支給額以上(自動 判定)	1名あたり平均額(月額)	賃金改善の内容	①対象人数 (常勤換算数)	②月額または 一時金支給額	③月数	賃金改善の総額
賃上げ(ベースアップ分) $((\text{①対象人数} \times \text{②月額} \times \text{③月数}) \div \text{①対象人数})$							賃上げ(ベースアップ分) $(\text{①対象人数} \times \text{②月額} \times \text{③月数})$				
特別手当 $((\text{①対象人数} \times \text{②月額} \times \text{③月数}) \div \text{①対象人数})$							特別手当 $(\text{①対象人数} \times \text{②月額} \times \text{③月数})$				
一時金 $((\text{①対象人数} \times \text{②支給額}) \div \text{①対象人数})$							一時金 $(\text{①対象人数} \times \text{②支給額})$				
令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分(別紙様式1-3にて算定)							令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分(別紙様式1-3にて算定)				
(職種内訳)○○の賃金改善実績の有無(右欄に○・×を記載)							(職種内訳)○○の賃金改善実績の有無(右欄に○・×を記載)				
賃金改善の内容	①対象人数 (常勤換算数)	②月額または 一時金支給額	③月数	令和8年6月1日以降の ベースアップ月額水準 (直接入力)	令和8年6月1日以降の ベースアップ月額水準 が支給額以上(自動 判定)	1名あたり平均額(月額)	賃金改善の内容	①対象人数 (常勤換算数)	②月額または 一時金支給額	③月数	賃金改善の総額
賃上げ(ベースアップ分) $((\text{①対象人数} \times \text{②月額} \times \text{③月数}) \div \text{①対象人数})$							賃上げ(ベースアップ分) $(\text{①対象人数} \times \text{②月額} \times \text{③月数})$				
特別手当 $((\text{①対象人数} \times \text{②月額} \times \text{③月数}) \div \text{①対象人数})$							特別手当 $(\text{①対象人数} \times \text{②月額} \times \text{③月数})$				
一時金 $((\text{①対象人数} \times \text{②支給額}) \div \text{①対象人数})$							一時金 $(\text{①対象人数} \times \text{②支給額})$				
令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分(別紙様式1-3にて算定)							令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分(別紙様式1-3にて算定)				

高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金
物価支援事業給付金申請書兼実績報告書 (有床診療所 (医科・歯科))

高知県知事 様

高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金及び高知県医療施設等物価高騰緊急対策事業給付金交付要綱第5条の規定により、以下のとおり申請します。

1. 申請者の情報

フリガナ				
法人名 (個人事業者は個人名)				
法人住所・所在地 (個人の場合は、 事業所の所在地)	郵便番号：〒			
	住 所：			
事務担当者	氏名		電話番号	
	F A X		電子メール	

2. 申請額

施設等の名称 (※1)	保険医療機関コード (※2)	所在地	許可 病床数 (※3)	物価支援 (円)	
				申請の 有無	13,000円 × 許可病床数 (※13床以下の 場合は一律 170,000円)
				申請額計	

(※1) 施設等の名称は略さずに正式名称を記入すること。
(※2) 10桁の医療機関コードを記入すること。
(※3) 申請日時点の病床数 (令和6年度補正予算事業「病床数適正化支援事業」(令和7年度に繰り越して実施)により同年8月2日以降に削減した病床数を除くこと)。

3. 物価支援誓約

物価支援事業に関して、次のとおり誓約します。また、誓約した内容のいずれかに虚偽が判明した場合は、給付金を返還します。

 令和8年1月1日において廃院・廃止しておらず、同年1月2日以降に廃院・廃止の予定がない。また、申請時点で休止届を提出していない。

高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金
物価支援事業給付金申請書兼実績報告書 (無床診療所 (医科・歯科))

高知県知事 様

高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金及び高知県医療施設等物価高騰緊急対策事業給付金交付要綱第5条の規定により、以下のとおり申請します。

1. 申請者の情報

フリガナ				
法人名 (個人事業者は個人名)				
法人住所・所在地 (個人の場合は、 事業所の所在地)	郵便番号：〒			
	住 所：			
事務担当者	氏名		電話番号	
	F A X		電子メール	

2. 申請額 (※1)

施設等の名称 (※2)	保険医療機関コード (※3)	所在地	物価支援 (円)	
			申請の有無	1施設につき 170,000円
			申請額計	

- (※1) 施設数が足りない場合は、行を追加すること。
(※2) 施設等の名称は略さずに正式名称を記入すること。
(※3) 10桁の医療機関コードを記入すること。

3. 物価支援誓約

物価支援事業に関して、次のとおり誓約します。また、誓約した内容のいずれかに虚偽が判明した場合は、給付金を返還します。

- 令和8年1月1日において廃院・廃止しておらず、同年1月2日以降に廃院・廃止の予定がない。また、申請時点で休止届を提出していない。

高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金
物価支援事業給付金申請書兼実績報告書 (薬局)

高知県知事 様

高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金及び高知県医療施設等物価高騰緊急対策事業給付金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

1. 申請者の情報

フリガナ				
法人名 (個人事業者は個人名)				
法人住所・所在地 (個人の場合は、 事業所の所在地)	郵便番号：〒			
	住 所：			
事務担当者	氏名		電話 番号	
	F A X		電子 メール	

2. 申請額 (※同一グループ内の薬局店舗数が7店舗を超える場合は、別紙に8店舗目から記載してください。)

①同一グループ内で運営する薬局店舗数： 店舗

(※薬局数は、厚生(支)局へ届出を行っている「保険薬局における施設基準届出状況報告書(別紙様式3)又は特掲診療科の施設基準等に係る届出書」に記載している令和7年4月30日時点の同一グループ内の店舗数とする。)

②申請額の算定

施設等の名称 (※1)	保険医療機関コード (※2)	所在地	物価支援 (円)
			単価 5店舗以下:85,000円 6店舗以上19店舗以下:75,000円 20店舗以上:50,000円
(※1) 施設等の名称は略さずに正式名称を記入すること。 (※2) 10桁の医療機関コードを記入すること。			申請額計

3. 物価支援誓約

物価支援事業に関して、次のとおり誓約します。また、誓約した内容のいずれかに虚偽が判明した場合は、給付金を返還します。

令和8年1月1日において廃院・廃止しておらず、同年1月2日以降に廃院・廃止の予定がない。また、申請時点で休止届を提出していない。

別紙様式3 事業所・施設別申請額一覧

(単位:円)

No.	申請種別	基準単価の選択(該当種別のみ)	代表となる法人名等	事業所・施設名	許可病床数 (病床分除く)	電話番号	住所	申請額(c)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

※用紙の枠が足りない場合は、コピーしてご利用ください。