

医療施設等処遇改善・物価上昇支援事業
(医療施設等賃上げ支援事業・医療施設等物価支援事業)
支給申請書(保険薬局)

令和8年2月19日

秋田県知事 鈴木 健太 あて

医療施設等処遇改善・物価上昇支援金支給要綱第7条の規定により、以下のとおり申請します。

1 申請者

※原則として申請は1者につき1申請とします。施設が複数ある場合は、代表者がまとめて申請してください。

Table with 2 columns: Field Name (e.g., 法人名, 代表者) and Value (e.g., 株式会社アキタイムカ, 代表取締役 秋田 太郎).

〈ご担当者〉※日中連絡の取れる方の情報を記載してください。

Table with 4 columns: Field Name (e.g., 担当部署, 電話番号), Value (e.g., イム薬局総務課, 018-860-1401), and Name (e.g., 秋田 次郎).

2 申請額

① 申請区分

申請者が所属する同一グループ内の保険薬局数... 20 店舗

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または特掲診療料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日時点の数を記入してください。

Table with 2 columns: 区分 (C) and 下の区分表のA~Cのうち該当する区分を記入してください。 ※データで作成する場合は、上の店舗数を記入すると自動で入力されます。

Table with 3 columns: 区分A, 区分B, 区分C. Each column contains criteria for the number of pharmacies in the group.

② 申請額の算定

支給要綱第6条に記載の支援対象事業を実施し、支援金の支給を申請する場合は「○」を記入してください。

Main calculation table with columns: 施設等の名称, 所在地, 申請の有無, 単価, 申請額, 合計. Includes detailed callouts for calculation rules.

(※1) 施設等の名称は略さずに正式名称を記入すること。(※2) 申請する場合は、支給額以上の賃上げ事業を実施してください。

3 振込先

〈振込先が分かる書類(預金通帳等)の写しを必ず添付してください〉

Table for bank transfer details with columns: 金融機関名, 支店名, 口座種別, 口座名義人.

※必ず申請者名義の口座を指定すること。(法人の場合は当該法人、個人事業主の場合は当該個人の口座に限る。)