

令和6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6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6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 92,000 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）

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

- (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：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 支店名：○○支店  
口座名義人(カナ)：カ) ○○ ダイヒョウトリシマリヤク ○○ ○○  
口座種別：普通・当座 口座番号：○○○○○○

金額は全て税込み価格で記載して下さい。  
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が185,000円の場合  
(A)、(C)欄に185,000円  
(E)欄は上限額の200,000円  
(G)欄(補助率)は1/2  
(H)欄は $185,000 \times 1/2 = 92,000$ 円(千円未満の端数を切り捨てた額)を記入して下さい。

補助事業者(保険薬局)名 ○○薬局○○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
185,000	0	185,000	185,000	200,000	185,000	1/2	92,000	

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)185,000円 × (G)1/2 = 92,500  
92,000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	金額	備考
パソコン	(株)〇〇〇〇	AB-2024	1	〇〇〇〇	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇	
ウェブカメラ	××××(株)	C-0731D	1	〇〇〇〇		
ルーター	△△△(株)	EFG1000	1	〇〇〇〇		
合計	-	-	-		185,000	

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  
(税込み価格)

※税込み額

機器等の合計額  
(税込み価格)  
この額を別紙1の(A)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)及び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)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)及び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)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	92,000		機器等購入経費	185,000	
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		
その他収入 (寄付金, その他補助金等)	0				
事業主負担	93,000				
機器購入経費－県補助金					
計	185,000		計	185,000	