

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

実績報告書 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

実績報告書の提出日

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)

押印不要

生年月日 昭和○年○月○日

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 実績報告書

令和6年○月○日付け高知県指令6高知薬衛第○○号で補助金の(変更)交付の決定を受けました事業が完了しましたので、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9条第1項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて報告します。

記

県から送付された補助金交付決定通知に記載している日付及び文書番号をご記入ください。

1 添付書類

- (1) 経費所要額精算書(別紙9)
- (2) 機器等整備内訳書(実績)(別紙10)
- (3) 歳入歳出決算書(見込み)(抄本)(別紙11)
- (4) 購入機器等の写真
- (5) 契約書・納品書の写し
- (6) (1)から(5)までに掲げる書類のほか、参考となる書類

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	

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)

経費所要額精算書

購入予定の機器等の総額が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。

(J)欄=(H)欄-(I)欄を記入して下さい。

補助事業者(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)	対象経費の実支出額 (D)	基準額 (E)	選定額 (F)	補助率 (G)	補助所要額 (F)×(G) (H)	交付決定額 (I)	差引き過不足額 (J)	備考
185,000	0	185,000	185,000	200,000	185,000	1/2	92,000			

※「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。

D欄、E欄を比較して低い方の額を記載して下さい。

(I)欄は補助金交付決定通知に記載の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 ( 実 績 )

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	-	-	-	-	<b>185,000</b>	-

※税込み額

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)

歳入歳出決算書（見込み）（抄本）

歳入					歳出				
項目	予算額	決算額	差引増減	備考	項目	予算額	決算額	差引増減	備考
県補助金	92,000	92,000	0		機器等購入経費	185,000	185,000	0	
その他収入 <small>(寄付金, その他補助金等)</small>	0	0	0						
事業主負担	93,000	93,000	0						
計	185,000	185,000	0		計	185,000	185,000	0	

申請時に提出した別紙4  
と同じ額を記入

予算額－決算額

申請時に提出した別紙4  
と同じ額を記入

予算額－決算額

(単位：円)

別紙9の(H)欄と同じ額を記入

別紙9の(A)欄と同じ額を記入