

令和7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7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7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

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

(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：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) ○○○○

口座種別：普通・当座

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 = 87,000円(千円未満  
の端数を切り捨てた額)を記入して下さい。

(単位：円)

保険薬局名	〇〇薬局〇〇店
-------	---------

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、どの製品が分かるもの

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 <b>12</b> 件	年度当たり <b>36</b> 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 <b>10</b> 件	年度当たり <b>22</b> 件	年度当たり <b>46</b> 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	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