

## 記載例

申請日を  
記入 令和 年 月 日

高知県知事 様

保険医療機関・薬局の開設者の住所（法人の場合は主たる事務所の所在地）を記入

申請者（開設者）住所

高知県〇〇市〇〇1-2-3

(法人の場合は、主たる事務所の所在地)

申請者名

株式会社〇〇薬局

保険医療機関・薬局の開設者の氏名（法人の場合は法人名）を記入し、その下に、代表者の職名と氏名を記入

(法人の場合は、法人名)

( 代表者 職 氏名 )

代表取締役 〇〇 〇〇

申請者（代表者）生年月日

昭和44年4月4日

高知県電子処方箋普及促進事業費補助金  
交付申請書 兼 実績報告書

保険医療機関・薬局の開設者（代表者）の生年月日を記入

高知県補助金等交付規則第3条及び高知県電子処方箋普及促進事業費交付要綱第9条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

また、同交付要綱第8条各号について、遵守することを誓約します。

1 交付申請額 金 159,000 円

まず、先に別シートの別紙「経費所要額調書」を作成してください。（交付申請額を自動計算で算出し、転記されます。）

2 経費所要額調書 別紙のとおり

ただし、複数施設を一括して申請する場合は「経費所要額調書」を複数枚作成し、合計額を記入してください。

3 添付書類 添付書類は全て提出が必要です。

(1) 社会保険診療報酬支払基金からの「交付決定通知書」の写し

(2) 電子処方箋管理サービス導入に係る「領収書」の写し

(3) 社会保険診療報酬支払基金に提出した「領収書内訳書」の写し

(4) 電子処方箋の対応施設であることを「医療情報ネット」へ入力したことが分かる資料  
(例：医療情報ネットの画面印刷、情報更新手続きに係る資料の写し)(5) 電子処方箋に対応していることを施設内に掲示したことが分かる資料  
(例：窓口等に掲示した周知広報資材の全景写真)(6) 県税事務所が発行する「全税目の納税証明書」  
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）  
(6) は、どちらかを添付してください。  
(同意書はホームページからダウンロー

※1：税務課が別に定める「県税完納情報提供事務処理要領」における第4号様式。

※2：補助事業者が個人の場合は、マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証の写し等。  
補助事業者が法人の場合は、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) 振込先口座が確認できる通帳の写し等  
(金融機関・支店名、口座番号、口座名義人（カナ）が記載されている部分)

4 補助金振込先

金融機関名	○○銀行	金融機関コード (4桁)	1234
支店名	○○支店	支店コード (3桁)	123
預金種別 (普通・当座)	普通	口座番号 (7桁)	1234567
口座名義人 (カタカナ)	カ)○○ヤッキヨク		

振込先の口座情報を記入してください。「口座名義人」は通帳見開きページに記載されている「おなまえ」を記入してください。漢字ではなくカタカナです。

5 その他

送付先等 〒	<b>780-0000</b>
(住所又は所在地)	高知県○○市○○1－2－3
(施設名、部署等)	(株)○○薬局 経理部
担当者名 (部署)	○○ ○○ (経理部)
電話番号 (直通)	<b>088-000-0000</b>

- ・交付決定通知書等の送付先（郵便物が届く住所）を記入してください。
- ・申請内容等について確認させていただく場合がありますので、担当者及び直通の電話番号を記入してください。  
(必要に応じて、部署や内線番号を記入してください。)

## 記載例

別紙（第1号様式関係）

## 経費所要額調書

## 初期導入後に、新機能導入を行った場合

※1,000円未満切り捨て

(単位:円)

事業区分	医療機関コード (7桁)	保険医療機関等 名称	施設区分	補助対象経費 A	寄附金その他の 収入額 B	実支出額 C (A-B)	補助率 D	比較額 E (C × D)※	補助限度額 F	補助所要額 (EとFの少ない方)	電子処方箋管理 サービス導入日
第5条第1号の事業 (初期導入)	1234567	○○薬局○○店	保険医療機 関等ごとに 作成してく	400,000		社会保険診療報酬支 払基金から交付され た補助金については 記載しません。	1/4	100,000	97,000	97,000	令和6年8月1日
第5条第2号の事業 (新機能導入)	1234567	○○薬局○○店	薬局	250,000		250,000	1/4	62,000	64,000	62,000	令和7年8月1日
第5条第3号の事業 (同時導入)			社会保険診療報酬支 払基金に申請した内容と 同じ区分を選択してく ださい。 (院内処方機能は対象 外です。)	プルダウン から選択	社会保険診療報酬支払基 金に申請し、 <b>対象事業費</b> として認められた額を記 入して下さい。 ( <b>基金からの補助金の額</b> <b>ではありません</b> のでご注 意ください。)			電子処方箋管理サービスを使用できるシステムの 環境整備が完了した日を記載してください。 (令和7年度以前導入分も対象になります。)			
合 計			-			650,000	-	-	-	159,000	-

## 【注意事項】

1 「事業区分」は、社会保険診療報酬支払基金の補助金の交付決定を受けた区分と同じ区分の行に入力してください。

2 着色したセルにのみ入力してください。（その他のセルは自動計算のため、入力しないでください。）

3 「施設区分」欄には、申請する施設の区分をプルダウンから選択してください。

4 「寄附金その他の収入額」欄には、該当があれば入力してください。

ただし、医療提供体制設備整備交付金実施要領（電子処方箋管理サービス）により社会保険診療報酬支払基金から交付された補助金は記載不要です。

5 補助所要額の合計が、交付申請額になります。

6 「電子処方箋管理サービス導入日」は、令和7年9月30日までに導入されたものが交付対象となります。

7 複数施設を一括して申請する場合は、複数枚作成してください。

（事業区分・施設区分ごとに補助限度額が異なるためご注意ください。）

自動計算で算出されます。この金額を第1号様式  
で申請してください。（自動で転記）

複数施設を一括して申請する場合は、この経費所  
要額調書を複数枚作成して合計額を申請してくだ  
さい。

## 記載例

別紙（第1号様式関係）

### 経費所要額調書

#### 同時導入の場合

※1,000円未満切り捨て

(単位:円)

事業区分	医療機関コード (7桁)	保険医療機関等 名称	施設区分	補助対象経費 A	寄附金その他の 収入額 B	実支出額 C (A-B)	補助率 D	比較額 E (C×D)※	補助限度額 F	補助所要額 (EとFの少ない方)	電子処方箋管理 サービス導入日
第5条第1号の事業 (初期導入)	社会保険診療報酬支 払基金に申請した内 容と同じ区分を選択 してください。 (院内処方機能は対 象外です。)		社会保険診療報酬支払基金に申請し、 <u>対象事業費</u> として認められた額を記入 してください。 (基金からの補助金の額ではありませんのでご注意ください。)		社会保険診療報酬支払基金か ら交付された補助金について は記載しません。		電子処方箋管理サービスを使用できるシ ステムの環境整備が完了した日を記載し てください。 (令和7年9月30日までが対象です。)				
第5条第2号の事業 (新機能導入)											
第5条第3号の事業 (同時導入)	7654321	○○クリニック	診療所	520,000		520,000	1/4	130,000	135,000	130,000	令和7年9月1日
合 計	-	-	フルダウ ンから選	520,000		520,000	-	-	-	130,000	-

#### 【 注意事項 】

1 「事業区分」は、社会保険診療報酬支払基金の補助金の交付決定を受けた区分と同じ区分の行に入力してください。

2 着色したセルにのみ入力してください。（その他のセルは自動計算のため、入力しないでください。）

3 「施設区分」欄には、申請する施設の区分をプルダウンから選択してください。

4 「寄附金その他の収入額」欄には、該当があれば入力してください。

ただし、医療提供体制設備整備交付金実施要領（電子処方箋管理サービス）により社会保険診療報酬支払基金から交付された補助金は記載不要です。

5 補助所要額の合計が、交付申請額になります。

6 「電子処方箋管理サービス導入日」は、令和7年9月30日までに導入されたものが交付対象となります。

7 複数施設を一括して申請する場合は、複数枚作成してください。

（事業区分・施設区分ごとに補助限度額が異なるためご注意ください。）

自動計算で算出されます。この金額を第1号様式で申請してください。（自動で転記）  
複数施設を一括して申請する場合は、この経費所要額調書を複数枚作成して合計額を申請してください。