

高知県知事 様

申請者（開設者）住所

(法人の場合は、主たる事務所の所在地)

申請者名

(法人の場合は、法人名)

(代表者職 氏名)

申請者（代表者）生年月日

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

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 _____ 円

2 経費所要額調書 別紙のとおり

3 添付書類

(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）

※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 | | 金融機関コード (4行) | |
| 支店名 | | 支店コード (3行) | |
| 預金種別 (普通・当座) | | 口座番号 (7行) | |
| 口座名義人 (カタカナ) | | | |

5 その他

| | |
|---|--|
| 送付先等 〒 (住所又は所在地) (施設名、部署等) | |
| 担当者名 (部署) | |
| 電話番号 (直通) | |

経費所要額調書

※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) | | | | | | | | | | | |
| 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) | | | | | | | | | | | |
| 合 計 | - | - | - | | | | - | - | - | | - |

【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。)

別記第2号様式（第10条関係）

高知県指令 第 号
令和 年 月 日

様

高知県知事

高知県電子処方箋普及促進事業費補助金
交付決定通知書 兼 交付額確定通知書

令和 年 月 日付けで申請のありました高知県電子処方箋普及促進事業費補助金について
は、下記のとおり交付することに決定しましたので、高知県電子処方箋普及促進事業費補助金
交付要綱第10条により下記のとおり通知します。

また、下記のとおり交付額を確定します。

記

- | | | |
|---------|---------------------------------------|---|
| 1 交付決定額 | 金 | 円 |
| 2 交付確定額 | 金 | 円 |
| 3 交付方法 | 精算払 | |
| 4 交付条件 | 高知県電子処方箋普及促進事業費補助金交付要綱の規定を遵守する こと。 | |

別記第3号様式（第12条関係）

令和 年 月 日

高知県知事 様

補助事業者 住所

(法人の場合は、主たる事務所の所在地)

補助事業者名

(法人の場合は、法人名)

(代表者職 氏名)

高知県電子処方箋普及促進事業費補助金

消費税等仕入控除税額報告書

令和 年 月 日付け高知県指令 第 号で補助金の交付の決定を受けました補助金に
係る消費税及び地方消費税の仕入控除税額について、高知県電子処方箋普及促進事業費補助
金交付要綱第12条の規定により、下記のとおり報告します。

記

1 補助金の交付確定額

金 円

2 消費税の申告により確定した補助金に係る消費税等仕入控除税額（補助金返還相当額）

金 円

(注) 消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額等の積算内訳、国税還付金振込通知書
の写し、その他参考となる資料を添付してください。

3 その他

担当者名（部署）

電話番号（直通）