

高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金及び  
高知県医療施設等物価高騰緊急対策事業給付金申請書兼実績報告書

（申請日）令和 年 月 日

高知県知事 様

|           |   |             |          |              |      |  |  |
|-----------|---|-------------|----------|--------------|------|--|--|
| 申請者に関する情報 | 法人  | フリガナ        |          |              |      |  |  |
|           |   | 法人名         |          |              |      |  |  |
|           |   | 代表者役職（理事長等） |          |              |      |  |  |
|           |   | 代表者氏名       |          |              |      |  |  |
|           | 個人  | フリガナ        |          |              |      |  |  |
|           |   | 氏名          |          |              |      |  |  |
|           | 法人所在地<br>又は<br>個人の場合は事業所所在地<br>※番地や建物名まで記載してください。 |             | 郵便番号     |              |      |  |  |
|           | 担当者氏名   |             |          | 担当者電話番号（内線等） |      |  |  |
|           | 連絡先メールアドレス  |             |          | FAX          |      |  |  |
|           | 振込先口座情報（※1）                                       |             | 金融機関名    | 支店名          | 口座種別 |  |  |
| 口座番号      |   |             | 口座名義人（か） |              |      |  |  |

（※1）ゆうちょ銀行の場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号（7桁）」（通帳見開き下部に記載）を記入すること。

【誓約事項】

下記について、相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。  
※全ての項目がチェックされていないと申請できません。

- 本給付金交付要領に定めている要件を満たしているとともに、申請書類の内容に虚偽や不正等がないことを誓約します。
- 本給付金に係る証拠書類を5年間適切に整備し保管します。
- 本給付金の交付決定後、交付要件に違反する事実や申請書類の不正その他支給要件を満たさないことが発覚した場合は、給付金を返還します。
- 高知県から申請書類の内容に関して検査や報告の求めがあった場合は、これに応じます。
- 法令等が求める設置に必要な指定等を受けています。
- 申請する施設については、事業の対象期間において、継続して当該施設を設置し、診療等の提供を行っています。
- 申請者等（代表者のほか、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員等）が、暴力団（高知県暴力団排除条例（平成22年高知県条例第36号）第2条第1号に規定する暴力団をいう。）又は暴力団員等（同条第3号に規定する暴力団員等をいう。）に該当しておらず、将来にわたっても該当しません。

申請内容

A 賃上げ支援事業 申請額計 ≤ 給付基準額計 チェック

|       |         |            |
|-------|---------|------------|
| 申請額計※ | 給付基準額計※ | 給付決定額（選定額） |
| 円     | 円       | 円          |

※別紙様式1-1 高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金事業所・施設別一覧の賃上げ支援事業の各合計額と同額となる。

B 物価支援事業 申請額計 ≤ 給付基準額計 チェック

|       |         |            |
|-------|---------|------------|
| 申請額計※ | 給付基準額計※ | 給付決定額（選定額） |
| 円     | 円       | 円          |

※別紙様式1-1 高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金事業所・施設別一覧の物価支援事業の各合計額と同額となる。

C 物価高騰緊急対策事業 申請額計 ≤ 給付基準額計 チェック

|       |         |            |
|-------|---------|------------|
| 申請額計※ | 給付基準額計※ | 給付決定額（選定額） |
| 円     | 円       | 円          |

※別紙様式2 事業所・施設別申請額一覧の各合計額と同額となる。

|                 |   |
|-----------------|---|
| 給付決定額合計 (A+B+C) | 円 |
|-----------------|---|

【高知県医療施設等物価高騰緊急対策事業給付金申立事項】

下記の通り相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。

- 申請を行う事業所・施設について、「高知県社会福祉施設等物価高騰緊急対策給付金」の申請を行っていません。
- 高知市内に開設する医療施設等（病院を除く。）ではありません。

【申請に必要な添付書類チェックリスト】

〈全事業共通〉

- 第1号様式 高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金及び高知県医療施設等物価高騰緊急対策事業給付金申請書兼実績報告書
- 県税の滞納がない旨を証明する納税証明書または県税の納税義務がない旨の申立書
- 給付金を振り込む口座の通帳の写し（口座名義人カタカナ、金融機関名、支店名、口座番号が確認できる部分）

〈A賃上げ支援事業及びB物価支援事業〉

- 別紙様式1-1 高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金事業所・施設別一覧（必須）
- 別紙様式1-2 賃上げ支援事業 実績報告書（賃上げ支援事業を申請する場合のみ、法人単位で作成すること。）
- 別紙 対象施設報告シート（賃上げ支援事業を申請する場合のみ、法人単位で作成すること。）
- 別紙様式1-3 2.0超部分算定シート（賃上げ支援事業を申請する場合のみ、必要に応じて法人単位で作成すること。）
- 別添 賃上げ誓約書（賃上げ支援事業を申請する場合は、法人単位で作成すること。）

〈C物価高騰緊急対策事業〉

- 別紙様式2 事業所・施設別申請額一覧

別紙様式1-1 高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金事業所・施設別一覧

| No. | 事業所種別(※1) | 保険医療機関コード<br>又はステーションコード<br>(診療所及び薬局<br>は10桁、訪問看護ス<br>テーションは7桁) | 事業所・施設名 | 許可病床<br>数<br>(※2) | 薬局<br>グループ<br>内店舗数<br>(※3) | 電話番号 | 郵便番号 | 住所 | 賃上げ支援事業(円) |           |     | 物価支援事業(円) |     | 事業所・施設別<br>申請金額<br>合計(円) |  |
|-----|-----------|---|---------|-------------------|----------------------------|------|------|----|------------|-----------|-----|-----------|-----|--------------------------|--|
|     |           |   |         |                   |                            |      |      |    | 給付基準額      | 法人内<br>流用 | 申請額 | 給付基準額     | 申請額 |                          |  |
| 1   |           |   |         |                   |                            |      |      |    |            |           |     |           |     |                          |  |
| 2   |           |   |         |                   |                            |      |      |    |            |           |     |           |     |                          |  |
| 3   |           |   |         |                   |                            |      |      |    |            |           |     |           |     |                          |  |
| 4   |           |   |         |                   |                            |      |      |    |            |           |     |           |     |                          |  |
| 5   |           |   |         |                   |                            |      |      |    |            |           |     |           |     |                          |  |
| 6   |           |   |         |                   |                            |      |      |    |            |           |     |           |     |                          |  |
| 7   |           |   |         |                   |                            |      |      |    |            |           |     |           |     |                          |  |
| 8   |           |   |         |                   |                            |      |      |    |            |           |     |           |     |                          |  |
| 9   |           |   |         |                   |                            |      |      |    |            |           |     |           |     |                          |  |
| 10  |           |   |         |                   |                            |      |      |    |            |           |     |           |     |                          |  |
| 11  |           |   |         |                   |                            |      |      |    |            |           |     |           |     |                          |  |
| 12  |           |   |         |                   |                            |      |      |    |            |           |     |           |     |                          |  |
| 13  |           |   |         |                   |                            |      |      |    |            |           |     |           |     |                          |  |
| 14  |           |   |         |                   |                            |      |      |    |            |           |     |           |     |                          |  |
| 15  |           |   |         |                   |                            |      |      |    |            |           |     |           |     |                          |  |
| 16  |           |   |         |                   |                            |      |      |    |            |           |     |           |     |                          |  |
| 17  |           |   |         |                   |                            |      |      |    |            |           |     |           |     |                          |  |
| 18  |           |   |         |                   |                            |      |      |    |            |           |     |           |     |                          |  |
| 19  |           |   |         |                   |                            |      |      |    |            |           |     |           |     |                          |  |
| 20  |           |   |         |                   |                            |      |      |    |            |           |     |           |     |                          |  |
| 21  |           |   |         |                   |                            |      |      |    |            |           |     |           |     |                          |  |
| 22  |           |   |         |                   |                            |      |      |    |            |           |     |           |     |                          |  |
| 23  |           |   |         |                   |                            |      |      |    |            |           |     |           |     |                          |  |
| 24  |           |   |         |                   |                            |      |      |    |            |           |     |           |     |                          |  |
| 25  |           |   |         |                   |                            |      |      |    |            |           |     |           |     |                          |  |
|     |           |   |         |                   |                            |      |      |    | 合計         |           |     |           |     |                          |  |

枠が足りない場合は、コピーしてご利用ください。

(※1) 薬局は、厚生(支)局へ届出を行っている「保険薬局における施設基準届出状況報告書(別紙様式3)又は特掲診療料の施設基準等に係る届出書」に記載している令和7年4月30日時点の同一グループ内の店舗数に応じて選択すること。

(※2) 令和7年8月1日時点の病床数(令和6年度補正予算事業「病床数適正化支援事業」(令和7年度に繰り越して実施)により同年8月2日以降に削減した病床数を除くこと)。

(※3) 厚生(支)局へ届出を行っている「保険薬局における施設基準届出状況報告書(別紙様式3)又は特掲診療料の施設基準等に係る届出書」に記載している令和7年4月30日時点の同一グループ内の店舗数を記載すること。

給付基準額計≧申請額計  
チェック

買上げ支援事業 実績報告書  
(買金改善報告書)

開設者(法人の名称等):

集約施設数(同一都道府県内に限る)(別紙 対象施設報告シートから自動転記)

令和8年6月1日時点で令和8年度除税額課税による見直し後のベースアップ評価料の届出の有無  
(※薬局及び国家施業第3(3)ウに該当する施設を有する法人)

②③の判定(×は返還あり)

給付決定額

①:買金改善の総額(自動計算)

買金改善に係る診療報酬及び他の補助金等を受けた場合その額(直接入力)

②:給付対象経費(自動計算)(千円未満切り捨て)

③:買上げ支援事業の申請額(別紙 対象施設報告シートから自動転記)

②-③:返還額(千円未満切り捨て)

| 令和7年12月分から令和8年5月分までの6ヶ月における買金改善  | 入力欄(職員・職種・役職によって異なる場合は、総額を変えずに、かつ対象職員全員が同じ金額だけ改善された場合に計算しなおして入力してください) |                 |     | 給付金の対象となった買金改善の総額  |  |
|--|--|-----------------|-----|--|--|
| 買金改善(法人全体)の内容  | ①対象人数<br>(常勤換算数)   | ②月額または<br>月額換算額 | ③月数 | 令和8年6月1日以降の<br>買金改善水準(直接入力)<br>(比較対象は給付金による買<br>金改善前の水準) | 買金改善の総額<br>(自動計算)  |
| 基本給の引き上げ(①対象人数×②月額×③月数)÷①<br>対象人数)   |  |                 |     |  |  |
| 毎月決まって支払われる手当の引き上げ(①対象人数×<br>②月額×③月数)÷①対象人数)   |  |                 |     |  |  |
| (給付金を充て、算出可能な場合のみ記載)<br>基本給や毎月決まって支払われる手当の引き上げに伴う<br>賞与、時間外手当、法定福利費(事業主負担分のみ)等の<br>増加分に用いた金額(算出が難しい場合は上記に含めてく<br>ださい。) |  |                 |     |  |  |
| 一時金または特別手当   |  |                 |     |  |  |
|  |  |                 |     |  | 令和7年度に2.0%を上回るベースアップをすでに実施していた場合で、令和7年12月から令和8年5月までの<br>間の当該2.0%を上回る部分の補てんに本給付金を充てた場合は、別紙にて算定した金額を右の欄に記載し<br>てください |

以下、給付金を活用した、個別職種の買金改善の内容について記載してください。  
政策上の必要性から把握するものであり、補助金の給付額には影響しません。職種ごとの買金改善の総額と法人全体の買金改善の総額が一致しなくても差し支えありません。

| ○○(※)の買金改善の内容  | ①対象人数<br>(常勤換算数) | ②月額または<br>月額換算額 | ③月数 | 令和8年6月1日以降の<br>買金改善水準(直接入力)<br>(比較対象は給付金による買<br>金改善前の水準) | 買金改善の総額<br>(自動計算) |
|--|------------------|-----------------|-----|--|-------------------|
| 基本給の引き上げ(①対象人数×②月額×③月数)÷①<br>対象人数)   |                  |                 |     |  |                   |
| 毎月決まって支払われる手当の引き上げ(①対象人数×<br>②月額×③月数)÷①対象人数)   |                  |                 |     |  |                   |
| (給付金を充て、算出可能な場合のみ記載)<br>基本給や毎月決まって支払われる手当の引き上げに伴う<br>賞与、時間外手当、法定福利費(事業主負担分のみ)等の<br>増加分に用いた金額(算出が難しい場合は上記に含めてく<br>ださい。) |                  |                 |     |  |                   |
| 一時金または特別手当   |                  |                 |     |  |                   |

○○(※)の買金改善の内容  
※:○○には、以下の職種を一つ選び記載してください。  
●看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)●  
40歳未満の勤務医師又は助産科医師●事務職員●看護  
補助者●歯科衛生士●上記以外の対象職員  
●薬剤師の報告は、歯科を除く、有床診療所、診療所(医  
科)及び薬局を対象ですが、薬局は「40歳未満の勤務薬剤  
師」のみ報告してください。(有床診療所、診療所(医科)は  
40歳未満に限らず報告してください)。  
●リハビリ職(理学療法士・作業療法士、言語聴覚士)の報  
告は、訪問看護STのみ、リハビリ職(理学療法士・作業療法  
士・言語聴覚士)を常勤(換算しない)10人以上雇用してい  
ない場合は記載不要ですが、理学療法士、作業療法士、言語  
聴覚士の単独の買金表がある場合は、それぞれの職種の  
内容を記載ください。



## 2.0超部分算定シート

(注)本算定シートは実施要綱で定めている「令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分に本事業の支給額を充てることができる。」という例外的な運用を行った場合のみ作成してください。

| 1名あたり平均額<br>(対象職員・対象職種・役職によって異なる場合は加重平均してください)  |                        |                     |                   |                      |                         |   |                 | 賃金改善の総額 |
|---|------------------------|---------------------|-------------------|----------------------|-------------------------|---|-----------------|---------|
| 賃金改善の内容(※)  | I 令和7年3月31日時点の賃金水準(月額) | II 令和7年度中の賃金改善額(月額) | III 令和7年度中の賃金改善割合 | IV 本事業の支給額を充てられる上限月額 | V 本事業の支給額を充てる月額(IVの範囲内) | VI 本事業の支給額を充てる期間(最大:令和7年12月~令和8年5月の6ヶ月) | VII 対象人数(常勤換算数) |         |
| 令和7年度の対象職員の基本給の引き上げ分について、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分           |                        |                     |                   |                      |                         |   |                 |         |
| 令和7年度の対象職員の毎月決まって支払われる手当の引き上げ分について、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分 |                        |                     |                   |                      |                         |   |                 |         |
| (充てた場合のみ記載)<br>上記の2.0%を上回る部分に伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業主負担分のみ)等の増加分に用いた金額(算出が難しい場合は上記に含めてください。)                    |                        |                     |                   |                      |                         |   |                 |         |

(※)計算方法は例えば下記の方法が考えられますが、対象とする賃金改善の内容や職員・職種の範囲は事業所ごとに判断して計算いただくようお願いいたします。

例1:対象職員全体の賃金水準加重平均額をR7.3.31時点とR7.12.1以降とで比較し、R7.12月からR8.5月までの間の2.0%を上回る分に充てる。

例2:上記を職種別に比較し、2.0%を上回っている職種についてのみ、上回る分に充てる。

例3:対象職員ごとに比較し、2.0%を上回っている職員についてのみ、上回る分に充てる。

別紙様式2 事業所・施設別申請額一覧

(単位:円)

| No. | 申請種別 | 基準単価の選択(該当種別のみ) | 代表となる法人名等 | 事業所・施設名 | 許可病床数<br>(病床分除く) | 電話番号 | 住所 | 申請額(c) |
|-----|------|-----------------|-----------|---------|------------------|------|----|--------|
| 1   |      |                 |           |         |                  |      |    |        |
| 2   |      |                 |           |         |                  |      |    |        |
| 3   |      |                 |           |         |                  |      |    |        |
| 4   |      |                 |           |         |                  |      |    |        |
| 5   |      |                 |           |         |                  |      |    |        |
| 6   |      |                 |           |         |                  |      |    |        |
| 7   |      |                 |           |         |                  |      |    |        |
| 8   |      |                 |           |         |                  |      |    |        |
| 9   |      |                 |           |         |                  |      |    |        |
| 10  |      |                 |           |         |                  |      |    |        |
| 11  |      |                 |           |         |                  |      |    |        |
| 12  |      |                 |           |         |                  |      |    |        |
| 13  |      |                 |           |         |                  |      |    |        |
| 14  |      |                 |           |         |                  |      |    |        |
| 15  |      |                 |           |         |                  |      |    |        |
| 16  |      |                 |           |         |                  |      |    |        |
| 17  |      |                 |           |         |                  |      |    |        |
| 18  |      |                 |           |         |                  |      |    |        |
| 19  |      |                 |           |         |                  |      |    |        |
| 20  |      |                 |           |         |                  |      |    |        |

※用紙の枠が足りない場合は、コピーしてご利用ください。