

社会保険診療報酬支払基金理事長 あて

西暦 2023 年 2 月 1 日

【申請者】

都道府県コード

4

7

点数表コード

1

医療機関コード

2

3

4

5

6

7

8

保険医療機関名称

〇〇病院

開設者氏名

〇〇病院

所在地

〒 〇〇〇-0000

〇〇県〇〇市〇〇町

電話番号

000-000-0000

○申請書を記載した日付を記載してください。

○申請する医療機関等情報を記載します。

電子処方箋管理サービス等関係補助金交付申請書
(大規模病院用)

「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）」の「第2 交付対象事業」の1に規定される事業を実施したので、同実施要領の「第5 事業を実施する場合の条件」の1及び2に規定される条件を理解した上で、同実施要領の「第7 申請手続き」及び附則「第1 特例補助」の1の規定に基づき、下記のとおり補助金の交付を申請します。

記

【実施要領第2の1該当】

◎実施要領附則に定める申請をする場合

実施要領第2の1に係る総事業費(①)	比較額((①)×1/3) (②)	補助限度額(③)	②と③のうち低い方の額 ＝補助金申請額(④)
1000000	300000	162.2万円	300,000 円

※一円未満切り捨て

※千円未満切り捨て

※税込金額を記載

○導入に要した費用を記載します。

*補助金の申請をする際は、領収書等が必要です。
*記入した額や内容と領収書等が一致しない場合は、内容確認のため当該申請書を返戻することがあります。
*都道府県コード・点数表コードは別添の一覧をご参照ください。