

令和6年度医療機関等の光熱費高騰への支援金について

光熱費等の高騰が続く中、医療機関等において安心・安全で質の高いサービスが継続的に提供できるよう、公定価格で運営され、光熱費等の物価高騰の影響を価格に転嫁できない県内の医療機関等を対象に「山口県医療機関等光熱費高騰対策支援金」（以下「支援金」という。）を支給します。

対象者	山口県内に所在する病院、有床診療所、無床診療所及び施術所（以下、「医療機関等」という。） ※対象者については要件がありますので、必ず「2 注意事項」をご確認ください。
申請期間	令和6年5月1日(水)～令和6年7月31日(水)必着
申請書類	①医療機関等光熱費高騰対策支援金申請書（様式第1号） ②口座番号・名義等が確認できる振込先口座の通帳の写し ※必ず申請者名義の口座を指定してください。 令和5年度の「医療機関等光熱費等高騰対策支援金」を受領済みの施設で、同一の口座に振込みを希望される場合、通帳の写しの添付の必要はありません。

※当事業は物価高騰対応重点支援地方創生臨時交付金の対象事業です。

1 支援金額

施設ごとの支援金額は以下のとおりで、支給は1施設につき1回限りです。

施設区分	支援金額
病院（許可病床200床以上）	1施設当たり100,000円に病床数×40,000円を加算した額
病院（許可病床200床未満） 有床診療所（歯科含む）	1施設当たり100,000円に病床数×30,000円を加算した額
無床診療所、歯科診療所	1施設当たり100,000円
施術所	1施設当たり30,000円

〈例〉病院で病床数が175床の場合の支援金額 $100,000 + 30,000 \times 175 = 5,350,000$ 円

2 注意事項

(1) 対象者等について

- ・今回の支援金は令和6年度事業として改めて実施するもので、令和5年度に「山口県医療機関等光熱費高騰対策支援金」を受け取られた医療機関等も対象です。
- ・また、令和4年度に「山口県医療機関等光熱費高騰緊急対策支援金」を受け取られた医療機関等も対象です。
- ・申請時点で休止又は廃止している施設は、支援の対象になりません。
- ・令和6年5月1日時点において、保険医療機関の指定を受けている医療機関が対象で、「病床数」は休床中のものを除いた数となります。
- ・「施術所」は、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律

第9条の2第1項若しくは第9条の3及び柔道整復師法第19条第1項により届出のあるもので、令和6年5月1日時点において受領委任取扱いの登録(承諾)を受けている施術所が対象です。

- ・ 同一施設で、医科と歯科の両方で保険医療機関の指定を受けている場合は、いずれか一方のみでの申請となります。
- ・ また、同一施設で、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律及び柔道整復師法の両方の届出を行っている場合は、いずれか一方のみでの申請となります。
- ・ 市町が設置する医療機関等は対象外です。

(2) 支援金の支給等について

- ・ 支援金は、申請書を県で受け付けて審査した後、3週間程度でお支払いする予定です。
- ・ 支給申請書を審査して、適正と認めた場合には支援金をお支払いし、通知等はお送りしません。虚偽の申請等により不支給要件に該当する場合には、不支給を決定する通知をお送りします。

※その他、制度の詳細については、「山口県医療機関等光熱費高騰対策支援金支給要綱」及びQ&Aをご確認ください。

3 申請方法・申請先

- パソコン、スマートフォンから申請できますので、なるべくオンライン申請をご利用ください。メール又は郵送での申請も可能です。
- 医療機関等の開設者が県外に所在する場合は、郵送で申請してください。
- メール又は郵送で申請する場合は、以下のURLから申請書様式をダウンロードしてください。
- なお、申請書様式がダウンロードできない場合は、各健康福祉センター及び下関保健所で配布している申請書をご利用ください。

申請書のダウンロード <https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/soshiki/46/248303.html>

①オンライン申請（やまぐち電子申請サービス）の場合

事前に振込先口座の通帳の写真等を用意（不要の場合あり）した上で、以下のアドレスから申請してください。



やまぐち電子申請サービス

<https://shinsei.pref.yamaguchi.lg.jp/SdsShinsei/directCall.harp?target=tetuduki&lgCd=350001&shinseiFmtNo=151000&shinseiEdaban=04>

②メール申請の場合

以下のメールアドレスに申請書（様式第1号）と振込先口座の通帳の写し（不要の場合あり）をお送りください。

メールアドレス byouinshienkin@pref.yamaguchi.lg.jp

③郵送申請の場合

以下のあて先に申請書（様式第1号）と振込先口座の通帳の写し（不要の場合あり）をお送りください。

送 付 先 〒753-8501 山口市滝町1番1号
山口県 健康福祉部 医務保険課 支援金担当あて

4 お問い合わせ先

山口県 健康福祉部 医務保険課 TEL 083-933-2820
【受付時間：平日9:00～17:00】