

電子処方箋活用・普及促進事業助成金 申請書兼実績報告書兼請求書

申請日: 令和 年 月 日

山口県知事 様

(申請者) 郵便番号		(半角数字・ハイフンなし)	(担当者) 氏名	
住所		(市町名)	電話番号	
氏名・法人名		(全角)	メールアドレス	
(法人の場合)代表者名		(全角)		

電子処方箋活用・普及促進事業助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、下記のとおり申請するとともに、実績を報告します。

1. 施設区分・申請額

施設区分	施設名	所在地	保険医療機関コード	申請区分	総事業費 ①	助成率 ②	比較額(①×②) ③	助成限度額 ④	助成金申請額(円) ③と④の低い方の額
								合計	

※ 施設名は略さずに正式名称を記入すること。 ※ 保険医療機関コード欄は、7桁の登録記号番号を記入すること。

※ 総事業費は、支払基金への補助金等申請において認定された額とすること。

寄付金等チェック欄 ※ 総事業費について、国(社会保険診療報酬支払基金)の補助金以外に控除すべき寄付金やその他の収入がある場合は、左に✓を記入

2. 誓約

私は、電子処方箋活用・普及促進事業助成金を申請するにあたり、裏面の内容について、誓約します。 誓約する場合、右に✓を記入

※ 誓約のチェックがなければ、申請書を受け付けることができません。

3. 助成金振込口座依頼

電子処方箋活用・普及促進事業助成金は、下記の口座に振り込んでください。

金融機関名		支店名		令和5年度の山口県医療機関等光熱費高騰対策支援金を申請し、その際と同一の口座です。
金融機関コード(4桁)		支店コード(3桁)		
口座種別		口座番号(7桁)		
口座名義人 ※ 半角が効力で記載				
				同一口座の場合、右に✓を記入 <input type="checkbox"/>

※ 必ず申請者名義の口座を指定すること(法人の場合は当該法人、個人事業主の場合は当該個人の口座に限る)

助成金申請にあたり誓約する事項

- 1 助成金の交付にあたり付される次の条件について、異議のない旨を誓約します。
 - ① 支払基金から補助金等の交付決定を受けた電子処方箋管理サービスの初期導入、新機能拡充若しくは同時導入又は山口県(以下「県」という。)の医療費適正化に関する取組への協力の事業(以下「事業」という。)の内容の変更(軽微な変更は除く。)をする場合には、速やかに山口県知事(以下「知事」という。)の承認を受けなければならない。
 - ② 事業を中止し、又は廃止する場合には、速やかに知事の承認を受けなければならない。
 - ③ 事業が予定の期間内に完了しない場合又は事業の遂行が困難になった場合は、速やかに知事に報告してその指示を受けなければならない。
 - ④ 事業の遂行及び支出状況について知事の要求があったときは、速やかにその状況を報告しなければならない。
 - ⑤ 事業により取得し、又は効用の増加した価格が50万円以上の機械及び器具及びその他の財産については、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律施行令(昭和30年政令第255号。以下「適正化法施行令」という。)第14条第1項第2号の規定により厚生労働大臣が別に定める期間を経過するまで、県の承認を受けないでこの助成金の交付の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け、担保に供し、取壊し、又は廃棄してはならない。
 - ⑥ 県の承認を受けて⑤に定めた財産を処分することにより収入があった場合には、その収入の全部又は一部を県に納付させることがある。
 - ⑦ 事業により取得し、又は効用の増加した財産については、事業完了後においても善良な管理者の注意をもって管理するとともに、その効率的な運営を図らなければならない。
 - ⑧ 事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え当該収入及び支出について証拠書類を整理し、かつ、当該帳簿及び証拠書類を事業完了の日(事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、その承認を受けた日)の属する年度の終了後5年間保管しておかななければならない。ただし、事業により取得し、又は効用の増加した価格が50万円以上の財産がある場合は、前記の期間を経過後、当該財産の財産処分が完了する日、又は適正化法施行令第14条第1項第2号の規定により厚生労働大臣が別に定める期間を経過する日のいずれか遅い日まで保管しておかななければならない。
 - ⑨ ①から⑧までの条件に違反した場合には、助成金の全部又は一部を県に返納させることがある。
- 2 医療費適正化に係る次の取組について、協力する旨を誓約します。
 - ① 電子処方箋の対応施設である旨を、施設内のポスター掲示、リーフレット配布等で周知すること。
 - ② 電子処方箋の活用・普及の促進に関する実態調査に協力すること。
 - ③ マイナ保険証の利用率向上、特定健康診査の受診率向上、重複投薬等の抑制に関して推進できるよう、施設職員への啓発を行うこと。
- 3 当該助成金に係る次の不交付要件について、該当しない旨を誓約します。
 - ① 申請内容に虚偽はありません。
 - ② 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第2号に規定する暴力団及び第2条第6号に規定する暴力団員に該当しません。また、代表者又は役員等が、暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有していません。
 - ③ 県税の滞納はありません。
 - ④ 支払基金による事業の補助金等について、その全部が取り消されていません。
- 4 交付対象要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに助成金の返還に応じる旨を誓約します。
- 5 山口県電子処方箋活用・普及促進事業助成金交付要綱第13条に該当する場合は、報告を行う旨を誓約します。

添付書類チェックリスト

申請者氏名・法人名

No	項目	チェックボックス
1	助成金を申請する全ての施設について、支払基金から交付された電子処方箋管理サービスに係る補助金等の交付決定通知書の写しを添付している。	<input type="checkbox"/>
	(添付できない場合、理由を記載してください)	/
2	助成金を申請する全ての施設について、支払基金から補助金等の交付対象とされた総事業費を証する書類（補助金等交付申請書又は領収書及び領収書内訳書等）の写しを添付している。	<input type="checkbox"/>
	(添付できない場合、理由を記載してください)	/
3	口座番号・名義等が確認できる振込先口座の通帳の写し（表紙の裏面）を添付している。 (申請書の振込先口座情報チェック欄に、チェックをした場合は省略可能)	<input type="checkbox"/>
4	申請書の申請日は、支払基金から交付された電子処方箋管理サービスに係る補助金等の交付決定通知書の日付以降の日付である。	<input type="checkbox"/>