

## 令和7年度 医療機関等の光熱費高騰への支援金について

光熱費等の高騰が長期化する中、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、光熱費の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。） ※詳しい要件については「2 注意事項」をご確認ください。
申 請 期 間	令和8年1月6日(火)～令和8年2月28日(土)必着
申 請 書 類	①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。 以前に支援金を受給した実績があり、今回も同じ口座への振込を希望される場合、（口座名義人等に変更がなければ）通帳の写しは添付不要です。

※この事業は「物価高騰対応重点支援地方創生臨時交付金」（重点支援地方交付金）を活用して実施します。

### 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（病床200床以上）	1施設当たり130,000円に 病床数×50,000円を加算した額
病院（病床200床未満） 有床診療所（歯科含む）	1施設当たり130,000円に 病床数×40,000円を加算した額
無床診療所、歯科診療所	1施設当たり130,000円
施術所	1施設当たり 40,000円

### 2 注意事項

#### （1）対象者等について

- ・病院及び診療所については、令和8年1月1日時点で保険医療機関の指定を受けている施設が対象です。なお、支援金額を算定する際の「病床数」は、令和8年1月1日時点で稼働している病床の数とします。
- ・施術所については、令和8年1月1日時点で受領委任取扱いの登録（承諾）を受けている施設が対象です。
- ・今回の支援金は令和7年度事業（追加支給分）として改めて実施するもので、前回までの「山口県医療機関等光熱費高騰対策支援金」を受給済みの医療機関等も対象となります。

- ・ 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、いずれか一方のみ申請を受け付けます。
- ・ 同一施設で柔道整復師法と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の両方の届出を行っている場合は、いずれか一方のみ申請を受け付けます。
- ・ 申請時点で休止または廃止している施設は対象外です。
- ・ 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、1か月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

- なるべくオンライン申請をご利用ください。
- 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。
- メールまたは郵送で申請する場合は、以下のURLから様式をダウンロードしてください。
- なお、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/46/300295.html>

- ① オンライン申請（やまぐち電子申請サービス利用）の場合  
事前に振込先口座の通帳の写真等をご用意（不要の場合あり）  
いただき、右の二次元コードまたは以下のURL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=05>

## 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](mailto: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】