(様式第1号別紙(病院・有床診療所(5床以上)))

愛媛県知事 様

保険医療機関名:

愛媛県医療施設等生産性向上・職場環境整備等支援事業実績報告書

愛媛県医療施設等生産性向上・職場環境整備等支援事業について、次のとおり報告します。

【基準額】

病床数	×	給付額	=	基準額
		40,000円		0円

【対象施設であることの申出】※該当する要件にチェックを入れること(複数チェック可)

- 令和7年3月31日時点において、以下の掲げる診療報酬のいずれかを届け出ている。
- 0100 外来・在宅ベースアップ評価料 (I)
 - P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I)
 - 0102 入院ベースアップ評価料 (医科)
 - P102 入院ベースアップ評価料 (歯科)
 - 訪問看護ベースアップ評価料 (I)

【生産性向上・職場環境整備等の実施内容及び実績報告額】

- ①タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入
※①に要する申請額欄には、消費税額は入力しないでください。

	設備名	①に要する支出額
導入設備		
合計		0円

- ②医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト/シェア

②に要する支出額	
----------	--

※消費税額は入力しないでください。

- ③処遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善

③に要する支出額	
----------	--

※消費税額は入力しないでください。

①+②+③	0円
-------	----

数値チェック

実績報告額	0円
-------	----

【誓約事項】 誓約事項のすべての項目にチェックマークがついた場合にのみ給付金を交付します。

- 本給付金に関する報告や調査について、厚生労働省又は愛媛県から求められた場合には、これに応じます。
- 本給付金の給付後、返還事由に該当した場合は本事業に係る給付金の全額を返還します。
- 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第32条第1項各号に掲げる者ではありません。
- 県税に未納はありません。
- 支給対象要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに応援金を返還し、給付を受けた団体名、代表者氏名及び所在地等の情報を公表されることに同意します。
- 申請内容について、重複する他の補助金等の交付を受けていません。
- 虚偽その他不正な手段により給付金の交付を受けていません。

事務担当者名:

電話番号:

メールアドレス

保険医療機関名:

〇〇病院

着色セル及びチェック欄に記載してください。

愛媛県医療施設等生産性向上・職場環境整備等支援事業実績報告書

愛媛県医療施設等生産性向上・職場環境整備等支援事業について、次のとおり報告します。

【基準額】

病床数	×	給付額	=	基準額
100床		40,000円		4,000,000円

病床数は申請日時点における一般病棟、療養病床、精神病棟、感染床病棟、結核病棟等医療法上の許可病床数の合計を入力してください。

【対象施設であることの申出】※該当する要件にチェックを入れること(複数チェック可)

- 令和7年3月31日時点において、以下の掲げる診療報酬のいずれかを届け出ている。
- 0100 外来・在宅ベースアップ評価料 (I)
- P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I)
- 0102 入院ベースアップ評価料 (医科)
- P102 入院ベースアップ評価料 (歯科)
- 訪問看護ベースアップ評価料 (I)

該当する診療報酬科目に「✓」を入れてください。

【生産性向上・職場環境整備等の実施内容及び実績報告額】

- ①タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入
※①に要する申請額欄には、消費税額分は入力しないでください。

該当する対象経費に「✓」を入れてください。

設備名	①に要する支出額
タブレット端末	500,000円
離床センサー	500,000円
WEB会議設備	500,000円
床ふきロボット	500,000円
合計	2,000,000円

「✓」を入れた対象経費の費用を記載してください

- ②医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト/シェア

②に要する支出額	1,000,000円
----------	------------

※消費税額分は入力しないでください。

- ③処遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善

③に要する支出額	1,000,000円
----------	------------

※消費税額分は入力しないでください。

①+②+③の合計が補助基準額以上となっているか確認してください。(満たしていれば数値チェックが○になります。)

①+②+③	4,000,000円
-------	------------

数値チェック ○

実績報告額	4,000,000円
-------	------------

交付申請額が補助基準額と同額となっているか確認してください。

【誓約事項】 誓約事項のすべての項目にチェックマークがついた場合にのみ給付金を交付します。

- 本給付金に関する報告や調査について、厚生労働省又は愛媛県から求められた場合には、これに応じます。
- 本給付金の給付後、返還事由に該当した場合は本事業に係る給付金の全額を返還します。
- 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成9年法律第77号)第32条第1項各号に掲げる者ではありません。
- 県税に未納はありません。
- 支給対象要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに対応金を返還し、給付を受けた団体名、代表者氏名及び所在地等の情報を公表することに同意します。
- 申請内容について、重複する他の補助金等の交付を受けていません。
- 虚偽その他不正な手段により給付金の交付を受けていません。

内容を確認し、間違いなければすべての項目に「✓」を入れてください。

事務担当者名:

〇〇 〇〇

電話番号:

000-0000-0000

メールアドレス

□□@〇〇