

WEB申請の手引き

愛媛県医療施設等生産性向上・職場環境整備等支援事業

令和7年9月11日 第1版

1. 交付申請

■ 医療機関区分/申請区分

申請区分

必須 医療機関区分

選択

必須 申請者区分

選択

選択

医療機関区分を以下より選択

- ・ 病院または有床診療所（5床以上）
- ・ 無床診療所または訪問看護ステーション（4床以下の有床診療所を含む）

申請者区分を以下より選択

- ・ 法人
- ・ 個人

1. 交付申請

■ 開設者の情報①

開設者の情報

必須 開設者の名称

※法人名を入力してください。例：医療法人●●会 個人開設の場合は個人名を入力してください。

必須 開設者の名称 (カナ)

代表者の職 (記入例：理事長、代表取締役)

代表者氏名

代表者氏名 (カナ)

開設者の名称

- ・ 法人の場合は法人名を入力。
(例：医療法人●●会)
- ※個人開設の場合は、個人名。

代表者の職・氏名

- ・ 代表者の職 (例：理事長) 及び氏名を入力。
※申請者区分で個人を選択した場合は表示されず入力不要。

1. 交付申請

■ 開設者の情報②

必須 郵便番号

ハイフンなし（7桁）

必須 住所・所在地

建物名

開設者の住所

- ・ 住所・所在地は、都道府県名より入力。
（愛媛県●●市■ ■ △△-△△）
- ・ 建物名がある場合は、必ず建物名も入力。

1. 交付申請

■ 保険医療機関の情報

保険医療機関の情報

必須 保険医療機関名（病院等の名称）

必須 保険医療機関名（カナ）

必須 医療機関コード

※10桁の医療機関コードを入力してください。訪問看護STの場合は7桁のステーションコードを入力してください。

必須 郵便番号

ハイフンなし（7桁）

必須 住所・所在地

建物名

保険医療機関の住所等

- ・ 病院等の名称や住所を入力。

医療機関コード

- ・ 「38」から始まる10桁の医療機関コードを入力。
※訪問看護ステーションは7桁のコードを入力。

1. 交付申請

■ 責任者/事務担当者の情報

責任者の情報

必須 氏名

※責任者は法内（又は事業所内）で当該業務における責任を負う役職員を入力してください。

必須 電話番号

FAX

必須 電子メール

事務担当者の情報

※責任者以外の者としてください。

必須 氏名

※事務担当者は当該事務を担当する者を入力してください。

必須 電話番号

FAX

必須 電子メール

各担当者の氏名・電話番号・FAX・電子メール

・事務担当者は、必ず責任者以外を入力。
※FAXはある場合のみ入力

■ 交付申請額

交付申請額

必須 交付申請額（円）

交付申請額

・実績に基づいた交付申請額を入力

1. 交付申請

■ 振込口座の情報①

振込口座の情報

必須 金融機関名

必須 金融機関コード

4桁で入力

必須 支店名

必須 支店コード

3桁で入力

必須 口座番号

7桁で入力

必須 預金種別

金融機関名（コード）

- ・ 金融機関名を入力し、4桁の金融機関コードを入力。

支店名（コード）

- ・ 支店名を入力し、3桁の支店コードを入力。

口座番号

- ・ 7桁の口座番号を入力。

預金種別

- ・ 普通または当座より選択。

1. 交付申請

■ 振込口座の情報②

必須 口座名義人

必須 口座名義人 (カナ)

※通帳等に記載されている正式な口座名義を入力してください。(全て半角カナ)

必須 振込先がわかる書類の写し

ファイルを選択 最大10MB

※ゆうちょ銀行の場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号(7桁)」(通帳見開き下部に記載)を入力してください。

※通帳の写しを添付してください(表紙と裏の見開き)。

※当座口座等の通帳が発行されない場合は、ネットバンキング画面のスクリーンショット等で振込先が確認できる書類を添付してください。

口座名義人

- ・通帳等に記載されている正式な名義。
- ・※法人名は通帳記載どおり略さず入力。

口座名義人 (カナ)

- ・カナ (半角) で入力。
- ・小さい文字 (ヤ、ユ、ヨ、ッなど) は使わず、大きい文字に置き換えてください。

振込先がわかる書類の写し

- ・通帳の写しまたはネットバンキングのスクリーンショット等を添付。

2.実績報告

■基準額/対象施設であることの申し出

基準額

病床数	給付額 (円)	基準額 (円)
<input type="text"/>	40,000	180,000

※病床数が4床以下の場合、基準額は180,000円となります。

対象施設であることの申し出

※該当する要件にチェックを入れてください (複数チェック可)

必須 診療報酬科目

- O100 外来・在宅ベースアップ評価料 (1)
- P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (1)
- O102 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 (1)

病床数

- ・病床数は申請時点の数を入力。
- ※医療機関区分で無床診療所または訪問看護ステーションを選択した場合は表示されず入力不要。(基準額のみ表示される)

診療報酬科目

- ・該当する診療報酬科目へ✓を入れる。
(複数チェック可)

2.実績報告

■実績報告額①

生産性向上・職場環境整備等の実施内容及び実績報告額

①～③に要する各支出額については、消費税額分は入力しないでください。

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
導入した設備がある場合は設備名を選択のうえ支出額を入力してください。

設備名	支出額 (円・税抜)	その他選択時の設備名を記載
選択		

①合計 (円)

0

業務効率化に資する設備を導入した場合のみ入力してください。

設備名

- ・導入実績のある設備名を選択。

支出額

- ・支出額は消費税額分は除いて入力。

その他選択時の設備名

- ・設備名でその他を選択した場合のみ、導入した設備名を入力。

2.実績報告

■実績報告額②/実績報告額③

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

実施した場合は実施内容に要する支出額を入力してください。

②に要する支出額（円・税抜）

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

実施した場合は実施内容に要する支出額を入力してください。

③に要する支出額（円・税抜）

実績報告額

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

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を実施した場合は、実施内容に要する支出額を入力。

2.実績報告

■実績報告額の確認

①+②+③ (円)

0

基準額 (円)

180,000

交付申請額 (円)

1

1ページ目で入力した交付申請額を引用

実績報告額 (円)

0

数値チェック

×

数値チェックの補足

○の場合：基準額を満たしているため、満額でご申請いただけます。

×の場合：給付金の支給対象となる取組に係る経費が基準額より低い場合は、支給対象となる取組の額を支給します。

ただし、事業の目的を踏まえ、「給付金を活用した更なる賃上げ」による職員への一時金の支給などにより、
(基準額) 以上の取組となるようご検討ください。

交付申請額と実績報告額の相違がないか (自動計算)

1ページ目で入力した交付申請額と実績報告額が不一致です。ご確認ください。

数値チェック

・ ×が表示されている場合は、数値チェックの下へ記載されている補足事項をご確認ください。

交付申請額と実績報告額に相違がないか

不一致である旨の文言が表示された場合は、交付申請額と実績報告額が相違しているため、一致するよう申請の内容を見直し修正ください。

(補足)

- 基準額 = 交付を受ける上限額
病院、有床診療所の場合：病床数 × 4万円
※4床以下の場合は180,000円
無床診療所、訪問看護ステーションの場合：一律180,000円

● 実績報告額

$$\begin{aligned} \text{①～③の合計額} < \text{基準額} &= \text{①～③の合計額} \\ \text{①～③の合計額} > \text{基準額} &= \text{基準額} \end{aligned}$$

3. 誓約事項

■ 誓約事項

誓約事項

必須 誓約事項

- 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。

3ページ目 全3ページ

< 戻る

✓ 確認

誓約事項

- ・ 同意のうえ、全てチェックを入れる必要あり。

4.回答確認

■ 回答確認画面

愛媛県医療施設等生産性向上・職場環境整備等支援事業 WEB申請フォーム

申請区分

医療機関区分
病院または有床診療所（5床以上）

申請者区分
法人

開設者等の情報

~~~~~

[← 戻る](#) [✓ 上記の内容で申請する](#)

回答確認画面にて、入力内容を確認。  
誤りがなければ「上記の内容で申請する」を押下。

# 5.申請完了

## ■申請完了



申請手続きが完了しました。本画面を閉じて終了してください。

申請完了のメッセージが表示。これで申請は完了です。