

石川県知事 馳 浩 様

令和6年度石川県電子処方箋活用・普及促進事業費補助金 交付申請書兼実績報告書兼請求書(病院)

開設者氏名 (法人の場合は法人名)			
代表者の職・氏名 (法人の場合)		.	
	〒		—
開設者住所			

※交付決定兼交付額確定通知は、開設者住所に送付します。

下記のとおり電子処方箋の活用・普及の促進事業を実施したので、補助金を交付されたく、石川県補助金交付規則、及び令和6年度石川県電子処方箋活用・普及促進事業費補助金交付要綱の規定により、関係書類を添えて申請いたします。

1. 申請する医療機関等数を、該当する申請区分ごとに記入してください。

※社会保険診療報酬支払基金に申請した区分と同じ区分を選択してください。

区分(1) 初期導入のみ (交付要綱第3条(1))	区分(2)新機能の追加 (交付要綱第3条(2))	区分(3) 初期導入と新機能の同時 導入 (交付要綱第3条(3))

2. 交付申請（請求）金額

申請区分ごとに作成した申請医療機関等 所要額一覧（別紙1～3）の合計金額が、自動計算されます。

申請額 金 円

3. 誓約書（別紙4のとおり）

4. 添付書類

- (1) 社会保険診療報酬支払基金が交付する交付決定通知の写し
- (2) 社会保険診療報酬支払基金に申請した際に提出した領収書の写し
- (3) 社会保険診療報酬支払基金に申請した際に提出した領収書内訳書の写し
- (4) 電子処方箋の普及促進に関する取組みを行っていることを示す資料
- (5) 債権者登録申出書（過去に県に提出している場合は、不要）

発行責任者氏名		連絡先電話番号	
担当者氏名		連絡先電話番号	
担当者所属部署		E-mail	

(振込先)

金融機関名		支店名		預金種別	
口座番号	口座名義(カ) (カナ名義を記入)			