

開設者氏名	
-------	--

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申請医療機関等 所要額一覧

No.	医療機関名	保険医療機関 コード (7桁)	医療機関所在地		(A) 対象事業費 (円)	補助率	(B) 補助率適用金額 (円) ※ 1  (A) × 補助率	(C) 補助上限額 (円)	(D) 補助所要額 (円) ※ 2 BとCのうち低い方の額	受理後 確認欄
			〒	住所						
例	石川病院	1234567	9208580	金沢市鞍月 1 - 1	7,000,000	1/6	1,166,666	1,003,000	1,003,000	
1						1/6		1,003,000		
2						1/6		1,003,000		
3						1/6		1,003,000		
4						1/6		1,003,000		
5						1/6		1,003,000		
6						1/6		1,003,000		
7						1/6		1,003,000		
8						1/6		1,003,000		
9						1/6		1,003,000		
10						1/6		1,003,000		
11						1/6		1,003,000		
12						1/6		1,003,000		
13						1/6		1,003,000		
14						1/6		1,003,000		
15						1/6		1,003,000		
合計 (円)										

※ 1 1円未満切り捨て

※ 2 千円未満切り捨て

申請件数 \_\_\_\_\_ 件

1 水色に着色したセル以外は、記入しないでください。(他のセルに変更・削除等を行わないでください)

2 「保険医療機関コード」欄は、厚生局から交付された申請時点で有効な保険医療機関指定通知書に記載されているコードを記載してください。

3 「医療機関名」及び「医療機関所在地(住所)」欄は、医療機関の開設許可証に記載されているとおりに記載してください。

4 本別紙に記載している医療機関数と、申請書に記載している申請医療機関数が一致していることを確認してください。

5 (A) 対象事業費は、社会保険診療報酬支払基金に申請し、対象事業費として認められた金額を、「医療機関」ごとに記載してください。

6 (D) 補助所要額は (B) と (C) のうちいずれか低い方の金額 (千円未満切り捨て) となります。