

熊本県知事 様

管理番号：

保険医療機関名：

〇〇クリニック

令和7年度（2025年度）熊本県生産性向上・職場環境整備等支援事業補助金申請書兼実績報告書

令和7年度（2025年度）熊本県生産性向上・職場環境整備等支援事業補助金について、熊本県補助金等交付規則及び令和7年度（2025年度）熊本県生産性向上・職場環境整備等支援事業補助金交付要項の規定により次のとおり申請及び報告します。

補助上限額は180,000円です

【申請額（事業実績額）】

申請額（事業実績額）
180,000円

【対象施設であることの申出】

- 令和7年（2025年）3月31日時点において、別紙に掲げる診療報酬のいずれかを届け出ている。

チェックできない場合は申請できません（補助対象外）

【生産性向上・職場環境整備等の実施内容及び申請額】

- 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

設備名	①に要する申請額
タブレット端末	120,000円
導入設備	消費税を除いた額を御記載ください。補助上限額を超える場合は、合計が補助上限額となるよう費用の一部を御記載ください
合計	120,000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に要する申請額	0円
----------	----

- 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

①②③の合計額が「申請額（事業実績額）」以下の場合には「○」、超えた場合は「×申請額の確認が必要です」と表示されます。申請上限を超えた場合は、①②③の金額上限に合わせて調整ください。

③に要する申請額	60,000円
①+②+③	180,000円

数値チェック

○

【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補助金を交付します。

- 本事業に関する書類を整理し、令和13年（2031年）3月31日まで保管します。
- 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補助金の交付を受けません。

すべてチェックしてください。

書類発行責任者氏名	〇〇 〇〇	連絡先（電話番号）	000-000-0000
担当者氏名	〇〇 〇〇	連絡先（電話番号）	000-000-0000

別紙（無床診療所・訪問看護事業者）シートも御記載ください

(別紙) 【無床診療所 (医科・歯科) ・訪問看護事業所】

保険医療機関名

〇〇クリニック

チェック欄に「✓」を付すこと。(複数選択可)

様式第1号の内容が自動で転記されますので記載不要です。

項目	チェック
0100 外来・在宅ベースアップ評価料 (I)	<input type="checkbox"/>
P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料	<input checked="" type="checkbox"/>
訪問看護ベースアップ評価料 (I)	<input type="checkbox"/>

様式第1号の中段でチェックできない場合は、申請できません。(補助対象外)