

5 福薬発第 2 5 4 号
令和 5 年 1 0 月 3 0 日

各地区薬剤師会会長 殿

公益社団法人福岡県薬剤師会
会長 原口 亨

令和 5 年度福岡県医療機関等物価高騰対策支援金の申請について（再周知）

平素より本会会務に格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、標記支援金につきましては、令和 5 年 6 月 2 8 日付 5 福薬発第 9 5 号にてお知らせしたところです。

県は、医療機関等のうち物価高騰による影響を診療価格等に転嫁できない保険医療機関等（病院、医科・歯科診療所、薬局、助産所、施術所）を対象に、電気代（高圧・特別高圧）、都市ガス代、食材費の上昇に対する支援として給付することとしています。

本申請の期限は令和 5 年 1 1 月 3 0 日（木）まで（必着）となっておりますので、今一度、本支援金の対象となるかをご確認ください。

ご多忙とは存じますが貴会会員へご周知いただきますようお願い申し上げます。

記

参考：福岡県ホームページ

○福岡県医療医機関等物価高騰対策支援金の申請について

URL：<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/iryo-bukkakoutou-shien.html>

以上

公印省略

5医指第1631号
令和5年10月30日

公益社団法人福岡県歯科医師会長
公益社団法人福岡県薬剤師会長
公益社団法人福岡県病院協会
一般社団法人福岡県私設病院協会
一般社団法人福岡県精神科病院協会
公益社団法人全国自治体病院協議会福岡県支部長

殿

福岡県保健医療介護部長
(医療指導課)
(薬務課)

福岡県医療機関等物価高騰対策支援金の申請について（再周知）

平素から、本県の保健医療介護行政の推進につきましては、格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、県では、医療機関等のうち物価高騰による影響を診療価格等に転嫁できない保険医療機関等（病院、医科・歯科診療所、薬局、助産所、施術所）を対象に、電気代（高圧・特別高圧）、都市ガス代、食材費の上昇に対する支援として給付することとし、令和5年7月21日付5医指第818号にて申請の御案内をしているところです。

本申請の期限は令和5年11月30日（木）まで（必着）となっていることから、対象施設で未申請の施設へ別添のとおり再周知文書を個別に送付しておりますので、お知らせします。

【県ホームページ】

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/iryo-bukkakoutou-shien.html>

【問合せ・提出先】

福岡県医療機関等物価高騰対策支援金事務局

〒812-0011 福岡市博多区博多駅前3-2-1 日本生命博多駅前ビル5F

TEL 092-643-2031 FAX 092-451-0550

令和5年度福岡県医療機関等物価高騰対策支援金

保険診療等を行っている医療機関・薬局等においては、物価高騰による光熱費、食材費等の影響を価格転嫁できないことから支援金を給付します。

給付額

施設区分に応じた定額を給付します。

| 区分 | 支援金の額 |
|--------------|---------------------|
| 病院・有床診療所 | 1床当たり8,000円～61,800円 |
| 無床診療所（医科・歯科） | 15,100円～142,800円 |
| 薬局、助産所、施術所 | 7,400円～88,700円 |

※供給を受けている電気やガスの種類により支援金の額を決定します。

※医科・歯科診療所、薬局、助産所、施術所については、電気を高圧又は特別高圧で受電している施設、又は都市ガスを使用している施設のみが対象となります。

申請期限

支援金の申請書は下記期限までに提出してください。

令和5年11月30日（木）必着

申請方法

郵送のみの受付となります。

- ※ 申請書（署名または押印が必要）に添付書類を添えて下記事務局まで提出してください。
添付書類：振込先口座のわかる通帳の写し、その他必要な書類（裏面参照）

留意事項

申請に当たっては以下の事項に御留意ください。

- 医療機関・薬局は、保険機関コードが必要です。（同一施設で医科と歯科のコードを有している場合は、いずれか一方の申請になります。）
- 国、県、市町村又は一部事務組合等直営の医療機関等は対象になりません。
- 社会福祉施設内の医務室（診療所）は対象になりません。
- 施術所は、受領委任取扱いの登録記号番号又は医療保険（療養費）の対象となる施術を行っていることが確認できる書類が必要です。
- 柔道整復とあはきを併設している施術所は、いずれか一方の申請になります。
- 電気を特別高圧又は高圧で受電する施設は、電気ご使用量のお知らせ等電圧の種類が確認できる書類の写しが必要です。
- ビルなどで特別高圧又は高圧で一括受電した後に受電する施設は特別高圧又は高圧の施設としますが、そのことが確認できる書類の写しが必要です。
- 都市ガスを使用している施設は、そのことがわかるガスご使用量のお知らせ等の写しが必要です。
- 令和5年10月1日以降に新規開設した施設（移転による開設等事業を継承している場合を除く。）は対象になりません。

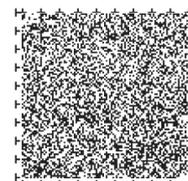
お問い合わせ・提出先

福岡県医療機関等物価高騰対策支援金事務局

〒812-0011 福岡市博多区博多駅前3-2-1

日本生命博多駅前ビル5階

☎092-600-2031 FAX092-451-0550



音声コード

給付額及び提出書類一覧 *申請前に必ずご確認ください

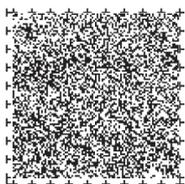
電気及びガスのご使用量のお知らせ等は令和5年4月分から9月分のいずれかの月の写しを提出してください。

| 区分 | 電気 | ガス | 給付額 | 提出書類 |
|-------------|------|------|-------------|--|
| 病院 有床診療所 | 特別高圧 | 都市ガス | 61,800円×病床数 | ①申請書 ②電気ご使用量のお知らせ等の写し ③ガスご使用量のお知らせ等の写し ④振込先通帳の写し |
| | | LPガス | 58,700円×病床数 | ①申請書 ②電気ご使用量のお知らせ等の写し ③振込先通帳の写し |
| | 高圧 | 都市ガス | 31,300円×病床数 | ①申請書 ②電気ご使用量のお知らせ等の写し ③ガスご使用量のお知らせ等の写し ④振込先通帳の写し |
| | | LPガス | 28,200円×病床数 | ①申請書 ②電気ご使用量のお知らせ等の写し ③振込先通帳の写し |
| | 低圧 | 都市ガス | 11,100円×病床数 | ①申請書 ②ガスご使用量のお知らせ等の写し ③振込先通帳の写し |
| | | LPガス | 8,000円×病床数 | ①申請書 ②電気ご使用量のお知らせ等の写し ③振込先通帳の写し |

※ 上記で算出した給付額と無床診療所の同区分の額を比較し、多い方の額を給付します。

| 区分 | 電気 | ガス | 給付額 | 提出書類 |
|------------------|------|------|-------------|--|
| 無床診療所 | 特別高圧 | 都市ガス | 142,800円/施設 | ①申請書 ②電気ご使用量のお知らせ等の写し ③ガスご使用量のお知らせ等の写し ④振込先通帳の写し |
| | | LPガス | 127,700円/施設 | ①申請書 ②電気ご使用量のお知らせ等の写し ③振込先通帳の写し |
| | 高圧 | 都市ガス | 74,200円/施設 | ①申請書 ②電気ご使用量のお知らせ等の写し ③ガスご使用量のお知らせ等の写し ④振込先通帳の写し |
| | | LPガス | 59,100円/施設 | ①申請書 ②電気ご使用量のお知らせ等の写し ③振込先通帳の写し |
| | 低圧 | 都市ガス | 15,100円/施設 | ①申請書 ②ガスご使用量のお知らせ等の写し ③振込先通帳の写し |
| | | LPガス | — | — |
| 薬局 助産所 施術所 | 特別高圧 | 都市ガス | 88,700円/施設 | ①申請書 ②電気ご使用量のお知らせ等の写し ③ガスご使用量のお知らせ等の写し ④振込先通帳の写し |
| | | LPガス | 81,300円/施設 | ①申請書 ②電気ご使用量のお知らせ等の写し ③振込先通帳の写し |
| | 高圧 | 都市ガス | 56,800円/施設 | ①申請書 ②電気ご使用量のお知らせ等の写し ③ガスご使用量のお知らせ等の写し ④振込先通帳の写し |
| | | LPガス | 49,400円/施設 | ①申請書 ②電気ご使用量のお知らせ等の写し ③振込先通帳の写し |
| | 低圧 | 都市ガス | 7,400円/施設 | ①申請書 ②ガスご使用量のお知らせ等の写し ③振込先通帳の写し |
| | | LPガス | — | — |

- ※ 病院及び有床診療所の給付額は、入院患者に係る食材費の上昇分への支援を含みます。
- ※ 低圧の電気については、国から供給事業者を通じた支援が行われています。
- ※ LPガスについては、県が供給事業者を通じた支援を別途行っています。
- ※ ガスを使用していない施設(オール電化)は、LPガスの区分の給付額になりません。



音声コード

令和 5 年度 福岡県医療機関等物価高騰対策支援金給付申請書

申請日 : 令和 5 年 ____ 月 ____ 日

事業所名

住所又は所在地

代表者氏名

印

(署名または押印)

標記について、次により支援金を給付されるよう関係書類を添えて申請する。

| | |
|---------|---|
| 施設名称 | |
| 担当者/連絡先 | / |

1. 該当する区分に○を記入してください。

| | | | | | |
|--------------------------|-----------|--------------------------|------------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | ①病院、有床診療所 | <input type="checkbox"/> | ②無床診療所 | <input type="checkbox"/> | ③薬局 |
| <input type="checkbox"/> | ④助産所 | <input type="checkbox"/> | ⑤施術所 (あはき) | <input type="checkbox"/> | ⑥施術所 (柔整) |

2. 保険機関コードを記入してください。

| | | | | | | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 保険機関等コード | | | | | | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

※ 助産所は、出産育児一時金等請求の助産所コードを記入すること。

※ 施術所は、受領委任取扱いの登録記号番号を記入すること。

※ 登録記号番号の無い施術所は、「9999999999」を記入し、保険施術を行っていることが確認できる書類を添付すること。

3. 申請日時点における許可病床数を記入してください。(病院、有床診療所以外は空欄で可)

| | | |
|-------|--|---|
| 許可病床数 | | 床 |
|-------|--|---|

4. 該当する電力の受電契約に○を記入してください。

| | | | | | |
|--------------------------|------|--------------------------|----|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | 特別高圧 | <input type="checkbox"/> | 高圧 | <input type="checkbox"/> | 低圧 |
|--------------------------|------|--------------------------|----|--------------------------|----|

※上記特別高圧及び高圧の施設には、ビルなどで一括受電した後に当該施設内で受電する施設を含む。

※特別高圧または高圧で受電している施設は、そのことがわかる電気料金請求書等を添付すること。

※出張のみの施設及び提出された添付書類で特別高圧又は高圧受電施設と判断できない場合は、低圧受電施設とします。

5. 都市ガスを使用している施設は下記に○を記入してください。

| | | |
|--------------------------|--------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 都市ガスを使用している。 | (都市ガスを使用していることがわかるガス料金請求書等を添付すること。) |
|--------------------------|--------------|-------------------------------------|

申請額 円

※申請額は裏面を御確認の上、必ずご記入ください。

4. 裏面の同意事項に同意する場合は○を記入してください。

| | | |
|------|--------------------------|-----------------------------------|
| 同意事項 | <input type="checkbox"/> | 【重要】記入がない場合、給付できない場合があります。 |
|------|--------------------------|-----------------------------------|

5. 振込口座情報を入力してください。

| | | | | | | | |
|------------|--|-------------------|--|--|--|--|--|
| 金融機関名 | | 金融機関コード | | | | | |
| 支店名 | | 支店コード | | | | | |
| 預金種類 | | 1: 普通 2: 当座 4: 貯蓄 | | | | | |
| 口座番号 (左詰め) | | | | | | | |
| (フリガナ) | | | | | | | |
| 取引口座名 | | | | | | | |

【重要】振込先の通帳の写し (取引口座名等が確認できるページ) を添付してください。

(同意事項)

次の各事項のいずれにも同意した者でなければ支援金を交付しない。

- ① 給付対象者の要件を満たしていること
- ② 給付のために提出した書類に虚偽がないこと
- ③ 支援金を重複して申請しないこと
- ④ 福岡県暴力団排除条例第2条に規定する暴力団員に該当せず、かつ将来にわたっても該当しないこと。また、暴力団員が役員ではなく、暴力団と密接な関係を有しておらず、かつ将来にわたっても該当しないこと
- ⑤ 虚偽が判明した場合は、支援金の返還に応じるとともに、支援金と同額の違約金の支払いに応じること
- ⑥ 本支援金の給付手続きに必要な範囲で、県が、本支援金給付業務を委託する事業者と個人情報を含む申請者の情報を共有すること

給付額及び添付書類一覧表

添付書類：①振込先通帳の写し、②電気ご使用量のお知らせ等の写し
③ガスご使用量のお知らせ等の写し

※ 電気及びガスのご使用量のお知らせ等は令和5年4月分から9月分のいずれかの月の写しを提出してください。

| 区分 | 電気 | ガス | 給付額 | 添付書類 |
|-------------|------|------|---------------|-------|
| 病院 有床診療所 | 特別高圧 | 都市ガス | 61,800円 × 病床数 | ①、②、③ |
| | | LPガス | 58,700円 × 病床数 | ①、② |
| | 高圧 | 都市ガス | 31,300円 × 病床数 | ①、②、③ |
| | | LPガス | 28,200円 × 病床数 | ①、② |
| | 低圧 | 都市ガス | 11,100円 × 病床数 | ①、③ |
| | | LPガス | 8,000円 × 病床数 | ① |

※ 上記で算出した額が無床診療所の額よりも低い場合は無床診療所の額を支給します。

| 区分 | 電気 | ガス | 給付額 | ガス |
|------------------|------|------|-------------|-------|
| 無床診療所 | 特別高圧 | 都市ガス | 142,800円/施設 | ①、②、③ |
| | | LPガス | 127,700円/施設 | ①、② |
| | 高圧 | 都市ガス | 74,200円/施設 | ①、②、③ |
| | | LPガス | 59,100円/施設 | ①、② |
| | 低圧 | 都市ガス | 15,100円/施設 | ①、③ |
| | | LPガス | — | — |
| 薬局 助産所 施術所 | 特別高圧 | 都市ガス | 88,700円/施設 | ①、②、③ |
| | | LPガス | 81,300円/施設 | ①、② |
| | 高圧 | 都市ガス | 56,800円/施設 | ①、②、③ |
| | | LPガス | 49,400円/施設 | ①、② |
| | 低圧 | 都市ガス | 7,400円/施設 | ①、③ |
| | | LPガス | — | — |

※ 病院及び有床診療所の給付額は、入院患者に係る食材費の上昇分への支援を含みます。

※ 低圧の電気については、国から供給事業者を通じた支援が行われています。

※ LPガスについては、県が供給事業者を通じた支援を別途行っています。

※ ガスを使用していない施設（オール電化）は、LPガスの区分の給付額になります。