

様式第1号（病院・有床診療所）

広島県知事 様

申請日

令和7年 月 日

保健医療機関コード:

保険医療機関名:

〇〇〇〇病院

【申請者】

郵便番号:

住所:

事業者名:

医療法人〇〇〇〇

代表者職氏名:

理事長 〇〇 〇〇

広島県医療人材確保・職場環境改善等事業補助金交付申請書兼実績報告書

広島県医療人材確保・職場環境改善等事業補助金交付要綱第4条の規定により、次のとおり補助金の交付の申請及び実績を報告します。

【申請及び実績額】（1と2を比較して少ない方の額） 4,000,000円

1 基準額

病床数	給付額
100床	40,000円

 ×

基準額
4,000,000円

 =

基準額
4,000,000円

2 生産性向上・職場環境整備等に要する額 4,200,000円

【対象施設であることの申出】※該当する要件にチェックを入れること

令和7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。

【生産性向上・職場環境整備等の実施内容】

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に要する額
導入設備	離床センサー	1,000,000円
	タブレット端末	2,000,000円
合計		3,000,000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に要する額 700,000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

③に要する額 500,000円

①+②+③ 4,200,000円

数値チェック

この申請書の記載内容を証明する資料を、補助金の額の確定の日の属する年度の終了後5年間、適切に保管することを誓約します。

申請者、代表者又は役員に暴力団員に該当する者はありません。

【振込口座情報】 ※申請者名義のものでない場合は、委任状の提出が必要です。
※振込口座情報が確認できる銀行口座の写し（通帳の見開き1、2ページ）を添付してください。

金融機関名	
金融機関コード(4桁)	
支店名	
支店コード(3桁)	
口座種別	※ドロップダウンリストから選択してください。
口座番号(7桁)	
口座名義	
口座名義(フリガナ)	

事務担当者名:

電話番号:

メールアドレス

広島県知事 様

申請日 令和7年 月 日

保健医療機関コード:

保険医療機関名:

〇〇クリニック

【申請者】

郵便番号:

住所:

事業者名:

医療法人〇〇〇〇

代表者職氏名:

理事長 〇〇 〇〇

広島県医療人材確保・職場環境改善等事業補助金交付申請書兼実績報告書

広島県医療人材確保・職場環境改善等事業補助金交付要綱第4条の規定により、次のとおり補助金の交付の申請及び実績を報告します。

【申請及び実績】（1と2を比較して少ない方の額）

180,000円

1 基準額

180,000円

2 生産性向上・職場環境整備等に要する額

210,000円

【対象施設であることの申出】※該当する要件にチェックを入れること

- 令和7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。

【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
導入設備	タブレット端末	120,000円
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

③に要する申請額	90,000円
----------	---------

①+②+③	210,000円
-------	----------

数値チェック

- この申請書の記載内容を証明する資料を、補助金の額の確定の日の属する年度の終了後5年間、適切に保管することを誓約します。

- 申請者、代表者又は役員に暴力団員に該当する者はありません。

【振込口座情報】

※申請者名義のものでない場合は、委任状の提出が必要です。

※振込口座情報が確認できる銀行口座の写し（通帳の見開き1、2ページ）を添付してください。

金融機関名	
金融機関コード(4桁)	
支店名	
支店コード(3桁)	
口座種別	※ドロップダウンリストから選択してください。
口座番号(7桁)	
口座名義	
口座名義(フリガナ)	

事務担当者名:

電話番号:

メールアドレス