

保健医療機関コード：

保険医療機関名：

【申請者】

郵便番号：

住所：

事業者名：

代表者職氏名：

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

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を申請します。

【申請額】（1と2を比較して少ない方の額）

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

【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

- 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

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	<input type="text"/>
金融機関コード(4桁)	<input type="text"/>
支店名	<input type="text"/>
支店コード(3桁)	<input type="text"/>
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)	<input type="text"/>
口座名義	<input type="text"/>
口座名義(フリガナ)	<input type="text"/>

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：

【申請者】

郵便番号： 住所： 事業者名： 代表者職氏名：

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

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を申請します。

【申請額】（1と2を比較して少ない方の額） 1 基準額 2 生産性向上・職場環境整備等に要する額

【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

- 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 ①+②+③ 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	<input type="text"/>
金融機関コード(4桁)	<input type="text"/>
支店名	<input type="text"/>
支店コード(3桁)	<input type="text"/>
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)	<input type="text"/>
口座名義	<input type="text"/>
口座名義(フリガナ)	<input type="text"/>

事務担当者名： 電話番号： メールアドレス