



福岡県医発第 2105 号 (地)

令和 4 年 10 月 28 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

福岡県医療機関等物価高騰対策支援金（病院・診療所分）の申請について

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、福岡県行政において、現在の長引く物価高騰の影響を受ける医療機関等に対し、光熱費等の上昇分への財政支援が行われる旨は、令和 4 年 9 月 29 日付福岡県医発第 1813 号（地）にてご連絡いたしました。

今般、福岡県保健医療介護部より、コロナ禍における原油価格・物価高騰対策として、国の「電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援地方交付金」を活用し、県民の生活・健康を支える医療・福祉・教育などのサービスを提供する施設に対し、光熱費等の上昇分を支援することとした旨、別添のとおり連絡がありました。

医療施設については、光熱費等の上昇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）を対象に標記支援金が給付され、11 月 1 日（火）から申請受付が開始されます（申請期日：令和 5 年 2 月 28 日（火）まで）。

申請方法等については、県行政より直接対象医療機関へ連絡されますが、貴会におかれましても、会員医療機関において確実に申請されますよう、周知方につきご高配の程、よろしくお願い申し上げます。

なお、本支援金に関する情報は、下記の県及び本会ホームページに掲載しておりますことを申し添えます。

記

【福岡県ホームページ】

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

【福岡県医師会ホームページ】

https://www.fukuoka.med.or.jp/doctors/kansenshou/kanren_joho/covid-19/_10655.html

公印省略

4医指第1946号

令和4年10月27日

公益社団法人福岡県医師会長 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（病院・診療所分）の申請について

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、コロナ禍における原油価格・物価高騰対策として、国の「電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援地方交付金」を活用し、県民の生活・健康を支える医療・福祉・教育などのサービスを提供する施設に対し、光熱費等の上昇分を支援することとしました。

医療施設等については、光熱費等の上昇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、内科・歯科診療所、薬局、助産所、施術所）を対象に支援金を給付することとし、令和4年11月1日から申請受付を開始します。

申請方法等については、別添のとおり対象施設へ個別に送付するとともに、県ホームページに掲載していますので、貴会会員に対して周知していただきますようお願いいたします。

なお、本支援金の申請書には申請者の署名又は押印が必要ですので、郵送のみの受付とさせていただいております。

【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

〒812-0053 福岡市東区箱崎2丁目52番1号 福岡リーセントホテル3階Bルーム

TEL 092-643-5801 FAX 092-643-5832

公印省略

4 医指第 1 9 4 6 号

令和 4 年 1 0 月 3 1 日

関係各位

福岡県保健医療介護部医療指導課長

福岡県保健医療介護部薬務課長

福岡県医療機関等物価高騰対策支援金の申請について

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、コロナ禍における原油価格・物価高騰対策として、国の「電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援地方交付金」を活用し、光熱費等の上昇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）を対象に支援金を給付することとし、令和 4 年 1 1 月 1 日から申請受付を開始します。

つきましては、別添申請書に必要事項を記入し、通帳の写しなどの添付書類を添えて、下記提出先へ令和 5 年 2 月 2 8 日（火）までに郵送で御提出ください。

なお、申請書には申請者の署名又は押印が必要ですので、御留意ください。

【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

〒812-0053 福岡市東区箱崎 2 丁目 5 2 番 1 号

福岡リーセントホテル 3 階 B ルーム

TEL 092-643-5801 FAX 092-643-5832

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、コロナ禍における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 4床以上の診療所	1床当たり3万円
3床以下の診療所	10万円
薬 局	5万円
助産所	
施術所	

※ 病床数は許可病床数とし、コロナ対応のための増床分を含みます。

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2月28日（火）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（留意事項参照）

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。
- 助産所は、出産育児一時金等請求の助産所コード及び助産所コード通知書の写しが必要です。
- 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。

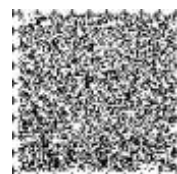
お問い合わせ・提出先

福岡県医療機関等物価高騰対策支援金事務局

〒812-0053 福岡市東区箱崎2丁目52番1号

福岡リーセントホテル3階Bルーム

☎092-643-5801 FAX092-643-5832



音声コード

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 年 月 日

事業所名
住所又は所在地
代表者

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。

区分	☐	①病院、有床診療所(4床以上)	区分	☐	②3床以下の診療所
	☐	③薬局		☐	④助産所
	☐	⑤施術所(あはき)		☐	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し、助産所コード通知書の写しを添付すること。

※ 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。

許可病床数		床
-------	--	---

※ 許可病床数には、新型インフルエンザ感染症等特別措置法に基づく増床分を含めることができます。

(上記許可病床のうちコロナ対応のための増床)	有・無	上記許可病床のうち増床分		床
------------------------	-----	--------------	--	---

給付額 円

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	
------	--

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						

※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。

裏面

(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

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 個人情報の取扱いに関して、支援金の給付手続きに必要な範囲で業務委託事業者と共有することに同意すること

申請日 令和 4年 11月 1日

必ず、署名又は押印
をお願いします。

事業所名 医療法人 ○○会
住所又は所在地 福岡市博多区東公園7-7
代表者 福岡 △△
(署名または押印)



標記について、次により給付金を交付されるよう関係書類を添えて申請する。

施設名称	○○病院
担当者／連絡先	担当者氏名 / 092-643-0000

1. 該当する区分に○を入力してください。

区分	☒	①病院、有床診療所(4床以上)	☐	②3床以下の診療所
	☐	③薬局	☐	④助産所
	☐	⑤施術所(あはき)	☐	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	4	0	1	2	3	4	5	6	7	8
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

3. 裏面を御確認の上、必ず「○」を御記入ください。
記入されていない場合、給付できない場合があります。

は、出産育児一時金等請求の助産所コード記入し、助産所コード通知書を添付すること。
は、受領委任取扱いの登録番号の無い施術所は、「9」が確認できる書類を添付し、おける許可病床数を記入してください。
病床には、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づき、有床診療所(4床以上)の許可病床数を記入してください。

病院4床以上の有床診療所は許可病床数当たり3万円を計上した金額を給付額欄に記入してください。
ホームページに掲載のエクセルは自動計算されます。

数 50 床

有 有床診療所(4床以上)

上記許可病床のうち増床分 5 床

給付額 1,500,000 円

4. 裏面の同意事項に同意する場合は○

同意事項	☒
------	----------------------------------

3床以下の有床診療所及び無床の(医科・歯科)診療所は100,000円と記載。
薬局、助産所、施術所は50,000円と記載。

5. 振込口座情報を入力してください。

金融機関名	○○銀行
金融機関コード	9 9 9 9
支店名	△△支店
支店コード	8 8 8
預金種類 1:普通 2:当座 4:貯蓄	1
口座番号(左詰め)	0 6 5 4 3 2 1 0
(フリガナ)	マルマルビョウイン
取引口座名	○○病院

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

※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 個人情報の取扱いに関して、支援金の給付手続きに必要な範囲で業務委託事業者と共有することに同意すること

支援金の給付対象者は、申請日において福岡県内の国、県、市町村又は一部事務組合等直営の施設を除く次の各事項に該当する施設を開設又は管理する者です。

- 医療法の規定に基づき開設している病院または診療所(往診のみを行う診療所を含み、社会福祉施設の医務室を除く。)のうち、保険医療機関の指定を受けた施設(同一施設で、医科と歯科の指定を受けている場合はいずれか一方)
- 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律の規定に基づき開設している薬局のうち、健康保険法の規定に基づき保険薬局の指定を受けた施設
- 医療法の規定に基づき開設している助産所(出張専門を含む。)のうち、出産育児一時金等の受取代理制度を導入している施設
- あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律(以下「あはき法」という。)又は柔道整復師法(以下「柔整法」という。)の規定に基づき開設している施術所(出張専門を含む。)のうち、受領委任取扱い施術所の指定を受けた施設又は医療保険(療養費)の対象となる施術を行っている施設(同一施設で、あはき法と柔整法の開設をしている場合はいずれか一方)