

岡山県知事 殿

郵便番号		入力必須	
所在地			
フリガナ			
機関名			
法人名			
代表職氏名			

令和 7 年度岡山県生産性向上・職場環境整備等事業補助金 実績報告書

令和 年 月 日付け岡山県指令第 号（変更）交付決定通知のあった、令和 7 年度岡山県生産性向上・職場環境整備等事業を実施したので、岡山県補助金等交付規則第 1 3 条第 1 項及び、令和 7 年度岡山県生産性向上・職場環境整備等事業補助金交付要綱第 1 4 条の規定により、関係書類を添えて実績を報告します。

1 交付決定額

交付決定額
0円

2 補助対象事業に要した額の内容

- ☐ ①ICT機器の導入による業務効率化
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等にかかる経費

	設備名	①に要する支出額(税抜)
導入設備		
合計		0円

- ☐ ②タスクシフト／シェアによる業務効率化
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／シェアにかかる経費

②に要した支出額	0円
----------	----

- ☐ ③給付金を活用した更なる賃上げ
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にかかる経費

③に要した支出額	0円
----------	----

千円未満切捨て▶	①+②+③ (A)	0円
許可病床数×4万円▶	基準額 (B)	
	(A) と (B) のうち低い額	0円

3 添付書類（該当の様式に○）

（2 ①領収書の写し、2 ②雇用契約書の写し、2 ③様式第9号、その他必要な書類）

担当者名	
所属（部署名）	
メールアドレス	
電話番号	

(別紙) 【病院・有床診療（5床以上）】

4 誓約（支給要件等チェック）※下のチェック欄がないものは受付できません。

次の要件すべてに対して該当又は同意します。	チェック
①岡山県内に所在し、令和7年3月31日時点で中国四国厚生局岡山事務所にベースアップ評価料を届け出ている病院、有床診療所（内科・歯科）、無床診療所（内科・歯科）及び訪問看護ステーションの開設者であること。 ②申請日時点で運営を継続しており、今後も事業を継続する意思があること。 ③雇用保険の適用事業主であること。 ④県税に未納がないこと。 ⑤暴力団員等（岡山県暴力団排除条例（平成22年岡山県条例第57号）第2条第3号に規定する暴力団員等をいう。）でないこと。 ⑥県が関係書類の指導、調査等を行う際は、誠意をもって対応すること。	☐
私は本補助金を申請するにあたり、交付要綱及びQ&Aに掲げる内容を理解し、実績報告の内容に虚偽がないことを誓約します。なお、この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより当方が不利益を被ることになっても異議は一切申し立てません。	☐

岡山県知事 殿

郵便番号	000-0000
所在地	●●県●●市●-●●
フリガナ	**** *****
機関名	医療法人●●会 ●●病院
法人名	医療法人●●会
代表職氏名	病院長 ●● ●●

令和7年度岡山県生産性向上・職場環境整備等事業補助金 実績報告書

令和7年9月28日付け岡山県指令第000号（変更）交付決定通知のあった、令和7年度岡山県生産性向上・職場環境整備等事業を実施したので、岡山県補助金等交付規則第13条第1項及び、令和7年度岡山県生産性向上・職場環境整備等事業補助金交付要綱第14条の規定により、関係書類を添えて実績を報告します。

1 交付決定額

交付決定額
1,200,000円

2 補助対象事業に要した額の内容

- ☐ ①ICT機器の導入による業務効率化
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等にかかる経費

導入設備	設備名	①に要する支出額(税抜)
	タブレット端末	122,000円
	①導入した設備ごとの【税抜き価格】を記載してください。 ②導入設備の領収書の写しを添付してください。 ③0円の場合は添付書類は不要です。	300,000円
		480,000円
	合計	902,000円

- ☐ ②タスクシフト／シェアによる業務効率化
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／シェアにかかる経費

①雇用契約書の写し等を添付してください。 ②0円の場合は添付書類は不要です。	②に要した支出額	0円
---	----------	----

- ☐ ③給付金を活用した更なる賃上げ
加給改定を目的とした給与改定を行っている職員の賃金改善にかかる経費

①様式第9号を作成してください。 ②様式第9号の【黄色セルの値】を転記してください。 ③0円の場合は作成不要です。	③に要した支出額	300,027円
---	----------	----------

実支出額(A)と基準額(B)を比較し、低額の方を交付決定額とします。	千円未満切捨て▶ ①+②+③ (A)	1,202,000円
	基準額 (B)	1,200,000円
	(A)と(B)のうち低い額	1,200,000円

3 添付書類（該当の様式に○）

（2①領収書の写し、2②雇用契約書の写し、2③様式第9号、その他必要な書類）

担当者名	●● ●●
所属（部署名）	病院●●課
メールアドレス	●●●●●@●.●.●
電話番号	000-000-0000

申請額と一致します。