

申請年月日 令和 8 年 6 月 9 日

令和8年度岡山県診療所等賃上げ対策補助金交付申請書兼実績報告書・請求書  
(2床以下の有床診療所・無床診療所)

岡山県知事 伊原木 隆太 殿

令和8年度岡山県診療所等賃上げ対策補助金について、下記のとおり交付申請及び請求します。

1. 申請者の情報

医療機関情報	保険医療機関コード (10桁の番号)	333000000			
	名称 (法人名を含む)	岡山県歯科医院			
	施設所在地	郵便番号	7008570		
		住所	岡山市北区内山下2-4-6		
申請者名 (開設者名)	法人名 (個人の場合は記載不要)	岡山県			
	代表者職氏名	役職名	知事	代表者名	伊原木 隆太
担当者連絡先	事務担当者	担当部署名 (〇〇部、事務など)	医療政策課	担当者氏名	岡山 太郎
	電話番号	086-226-7403			
発行責任者 連絡先	発行責任者※	役職名	医療政策課	責任者氏名	岡山 桃子
	電話番号	086-226-7403			

※事務担当者と発行責任者が同じ場合は、発行責任者(役職名、責任者名)の記入不要です。

2. 交付申請額(請求額)

補助対象経費	73,000	円	※別紙の「③:補助対象経費」の額
補助上限額	150,000	円	
交付申請額	73,000	円	※補助対象経費と補助上限額の少ない方の額

3. 振込口座

金融機関名	●●銀行			金融機関 コード	0	0	0	0	支店名	県庁支店	支店 コード	0	0	0	預金種別	当座
口座番号 (右詰め)	1	2	3	4	5	6	7	通帳に記載の 口座名義(カタカナ)	オカヤマケン							

※口座名義人は申請者と一致していること。

「1. 申請者の情報」の「申請者名」が法人の場合、口座名義は法人(委任状があれば個人名義でも可)

「1. 申請者の情報」の「申請者名」が個人の場合、口座名義は申請者

※振込先がわかる書類(預金通帳等)の写しを必ず添付してください。

通帳表紙と2ページ目(カタカナでの名義・口座番号が記載された部分)の写し、ゆうちょ銀行の場合は、通帳の3ページ目(店名・店番、口座番号)の写しと併せて添付(電子申請での提出の場合は、PDF又は写真データ)してください。

4. 交付申請に関する誓約事項(支給要件等チェック項目)

※下記のチェック欄に✓が無いものは受け付けることができません。

支給要件(要綱)	
<input checked="" type="checkbox"/>	(1) 岡山県内に所在し、健康保険法上の保険医療機関コードが発行されており、令和7年4月1日から本事業の申請時点までに診療報酬請求の実績を有すること。 (2) 令和8年3月1日時点でベースアップ評価料(「外来・在宅ベースアップ評価料(I)」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料」、「入院ベースアップ評価料(内科)」、「入院ベースアップ評価料(歯科)」、「訪問看護ベースアップ評価料」のいずれかを指す。以下同じ。)を届け出ていること。ただし、ベースアップ評価料の届出を制度上提出することができない診療所等は、令和8年6月1日時点で令和8年度診療報酬改定による見直し後のベースアップ評価料を届け出ていること。 (3) 申請時点で、予定を含め、廃院・廃止をしていないこと。 (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。
誓約	
<input checked="" type="checkbox"/>	私は、令和8年度岡山県診療所等賃上げ対策補助金を申請するにあたり、交付要綱に掲げる内容を理解し、申請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となっても、異議は一切申し立てません。また、県が関係書類の指導、調査等を行う際は、誠意をもって対応します。