

千葉県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業給付金給付要綱

(趣旨)

第1条 知事は、医療機関等が賃金・物価上昇の影響を受けている状況を踏まえ、従業員の処遇改善及び医療機関等における経営の改善に向けて、医療機関等の経営状況も踏まえつつ、医療機関等が従事者の賃金を3%分・半年間引き上げられる規模で給付金を措置することにより、物価を上回る賃上げを実現するとともに、診療等に必要経費に係る物価上昇への対応を図るために、予算の範囲内において、医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業実施要綱（令和8年1月26日付け医政発0126第67号、医薬発0126第1号厚生労働省医政局長・医薬局長連名通知。以下、「実施要綱」という。）、及びこの要綱に基づき給付金を給付する。

(給付対象事業等)

第2条 給付の対象となる事業は、実施要綱に規定する事業のうち、次の各号に掲げる事業とする。

- (1) 診療所等賃上げ支援事業
- (2) 診療所等物価支援事業

2 本給付金の給付対象となる者は、次の各号に掲げる者とする。

- (1) 診療所等賃上げ支援事業

千葉県内に所在する有床診療所（医科・歯科）、無床診療所（医科・歯科）、訪問看護ステーション及び薬局（いずれも健康保険法（大正十一年法律第七十号）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がある施設に限る。この交付要綱においては以下同じ。）の開設者のうち、次の各号のいずれかに該当する者とする。

ア 有床診療所（医科・歯科）、無床診療所（医科・歯科）及び訪問看護ステーションは令和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（医科）」、「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）を届け出ている者

イ 保険薬局は令和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ることを誓約する者

ウ 医師又は歯科医師である院長と医療に従事しない専ら事務作業（医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く）を行う職員のみ診療所等、現在の制度上、ベースアップ評価料が届け出られない有床診療所、無床診療所及び訪問看護ステーションのうち、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ることを誓約する者

- (2) 診療所等物価支援事業

千葉県内に所在する有床診療所（医科・歯科）、無床診療所（医科・歯科）及び保険薬局の開設者とする。

3 前項の規定にかかわらず、支給を受けようとする事業を行う者（法人その他の団体にあつては、その役員等（業務を執行する社員、取締役、執行役若しくはこれらに準ずる者、相談

役、顧問その他の実質的に当該団体の経営に関与している者又は当該団体の業務に係る契約を締結する権限を有する者をいう。以下同じ。))が次の各号のいずれかに該当する者であるときは、当該事業は、支給の対象とならない。

- (1) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第6号に規定する暴力団員（以下「暴力団員」という。）
- (2) 次のいずれかに該当する行為（イ又はウに該当する行為であつて、法令上の義務の履行としてするものその他正当な理由があるものを除く。）をした者（継続的に又は反復して当該行為を行うおそれがないと認められる者を除く。）
 - ア 自己若しくは他人の不正な利益を図る目的又は他人に損害を加える目的で、情を知つて、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第2号に規定する暴力団（以下「暴力団」という。）又は暴力団員を利用する行為
 - イ 暴力団の活動を助長し、又は暴力団の運営に資することとなることを知りながら、暴力団員又は暴力団員が指定した者に対して行う、金品その他の財産上の利益若しくは便宜の供与又はこれらに準ずる行為
 - ウ 県の事務又は事業に関し、請負契約、物品を購入する契約その他の契約の相手方（法人その他の団体にあつては、その役員等）が暴力団員であることを知りながら、当該契約を締結する行為
- (3) 暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者

（支給額等）

第3条 本給付金の支給額は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 診療所等賃上げ支援事業

別表1の第1欄に規定する支給対象施設毎に、第2欄で規定する単価に病床数又は施設数を乗じたものを合計した金額とする。

- (2) 診療所等物価支援事業

別表2の第1欄に規定する支給対象施設毎に、第2欄で規定する単価に病床数又は施設数を乗じたものを合計した金額とする。

なお、給付を受けた無床診療所（歯科）は歯科技工所への委託料への適切な転嫁を行うなど、歯科技工所における物価高騰への対応にも配慮すること。

（賃金改善の対象者）

第4条 診療所等賃上げ支援事業による支給額を活用して行う賃金改善の対象者は、対象医療機関等の開設者と労働契約を締結している者（非常勤職員を含む。以下「対象職員」という。）であり、次に掲げる者以外であること。

- ア 対象医療機関等の管理者
- イ 対象医療機関等を開設する法人の理事長、対象医療機関等を運営する個人事業主
- ウ 保険薬局の開設者

（賃金改善の内容）

第5条 原則として、診療所等賃上げ支援事業の支給額を活用して令和7年12月から令和8年5月までの間、対象職員のベースアップ（基本給又は決まって毎月支払われる手当の引き

上げ。以下同じ。)を実施するとともに、令和8年6月1日から当該ベースアップの水準を維持又は拡大すること。

- 2 賃金表や給与規程等の変更に時間を要する場合は、令和8年6月1日から対象職員のベースアップを行うことを前提に、令和7年12月から令和8年3月までの4ヶ月分の一時金又は特別手当を、令和8年3月までの間に対象職員に支給することができるが、その場合は4月から5月までベースアップを実施するとともに、支給した一時金又は特別手当に相当する水準のベースアップを対象職員に対して令和8年6月1日から行うこと。
- 3 令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分に本事業の支給額を充てることができる。その上で余剰が生じている部分は賃金改善に充てること。
- 4 賃金改善の内容には、賃金水準や基本給の引上げに伴い増加する法定福利費等の事業主負担分も含むものとする。

(賃金改善の留意事項)

第6条 診療所等賃上げ支援事業の支給額を活用し、賃金改善を行う際、留意する事項は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 本事業の支給額について、定期昇給による賃金の上昇部分、診療報酬及び他の補助金等(補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律第二条第一項に規定する補助金等又は地方自治法第二百三十二条の二の規定により地方公共団体が支出する補助金)を財源として行っている部分に充てることができないこと。
- (2) 現在、ベースアップ評価料の対象とされていない職種の賃金改善にも配分することはできるが、当該職種が令和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の対象とならない場合、当該職種の令和8年6月以降のベースアップのための特別の財源は措置されないこと。
- (3) 本事業により賃金改善を行う時点から令和8年5月までの間、賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させていないこと。また、一部の対象職員に本事業による賃金改善を集中させることや、同一法人内の一部の対象医療機関等のみに賃金を集中させることなど、著しく偏った配分は行わないこと。

ただし、賃金水準が全産業平均と比べて高い職種(例:医師・歯科医師等)への配分額を相対的に小さくする一方、賃金水準が全産業平均と比べて低い職種(例:看護補助者等)に対しては、重点的に配分するなど、医療機関の実情に応じて、職種ごとに傾斜配分することは認められるものとする。

(支給申請等)

第7条 この給付金の支給を受けようとする者は、別に定める日までに、次の各号に定める書類を知事に提出しなければならない。なお、第2号の規定による支給申請は、実績報告を兼ねるものとする。

- (1) 診療所等賃上げ支援事業

診療所等賃上げ支援事業申請書兼概算払請求書(様式第1号)及び関係書類

- (2) 診療所等物価支援事業

診療所等物価支援事業申請書兼実績報告書兼請求書（様式第1号の2）及び関係書類

（支給決定等）

第8条 知事は、前条各号の規定による支給申請等があった場合には、その内容を審査し、適当と認められるときは、速やかに給付金の支給決定を行うものとし、申請者に対して次の各号により、その決定内容を通知するものとする。なお、前条第2号の規定による支給申請等に対して行う給付金の支給決定は、額の確定を兼ねるものとする。

（1）診療所等賃上げ支援事業

診療所等賃上げ支援事業給付金支給決定通知書（様式第2号）

（2）診療所等物価支援事業

診療所等物価支援事業給付金支給決定通知書兼確定通知書（様式第2号の2）

（支給の条件）

第9条 この給付金の支給の決定には、次の各号の条件が付されるものとする。

（1）前条各号の規定により支給決定を受けた者にあつては、支給対象事業の内容を変更（軽微な変更を除く。）、中止又は廃止する場合には、知事の承認を受けなければならない。

（2）前条第1号の規定により支給決定を受けた者にあつては、支給対象事業が予定の期間内に完了しない場合又は支給対象事業の遂行が困難となった場合には、速やかに知事に報告し、その指示を受けなければならない。

（3）前条各号の規定により支給決定を受けた者は、支給対象事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出について証拠書類を整理し、かつ、当該帳簿等及び証拠書類を給付金の額の確定の日（事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、その承認を受けた日）の属する年度の終了後5年間保管しておかななければならない。

（4）前条各号の規定により支給決定を受けた者は、厚生労働省又は県が実施する当該給付金に関する調査等への協力の求めがあつた場合に応じなければならない。

（変更等承認申請）

第10条 前条第1号の規定により承認を受けようとする者は、千葉県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業給付金変更（中止・廃止）承認申請書（様式第3号）を知事に提出しなければならない。

（変更等承認）

第11条 知事は、前条の規定による承認申請があつた場合には、その内容を審査し、適当と認められるときは、速やかに変更、中止又は廃止の承認を行うものとし、申請者に対してその内容を千葉県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業給付金変更（中止・廃止）承認通知書（様式第4号）により通知するものとする。

（変更支給申請等）

第12条 第8条各号の規定により支給決定を受けた者であつて、支給対象事業の内容変更等に伴い給付金の増額支給を受けようとする者は、次の各号に掲げる書類を知事に提出しなければならない。

(1) 診療所等賃上げ支援事業

診療所等賃上げ支援事業給付金変更支給申請書兼概算払請求書（様式第5号）

(2) 診療所等物価支援事業

診療所等物価支援事業給付金変更支給申請書兼請求書（様式第5号の2）

(変更支給決定)

第13条 知事は、前条の規定による変更支給申請等があった場合には、その内容を審査し、
適当と認められるときは、速やかに給付金の変更支給決定を行うものとし、申請者に対して
次の各号により、その決定内容を通知するものとする。なお、前条第2号の規定による変更
支給申請等に対して行う給付金の支給決定は、額の再確定を兼ねるものとする。

(1) 診療所等賃上げ支援事業

診療所等賃上げ支援事業給付金変更支給決定通知書（様式第6号）

(2) 診療所等物価支援事業

診療所等物価支援事業給付金変更支給決定通知書兼再確定通知書（様式第6号の2）

(給付金の概算払)

第14条 知事は、第8条第1号の規定による支給決定後又は前条の規定による変更支給決定
後、次の各号による給付金の額を概算払により支給するものとする。

(1) 第8条第1号の規定により支給決定を受けた者に対しては、支給決定額

(2) 前条の規定により変更支給決定を受けた者に対しては、変更支給決定額から概算払受入
済額を差し引いた額

(実績報告等)

第15条 第8条第1号の規定により支給決定を受けた者は、診療所等賃上げ支援事業給付金
実績報告書兼概算払精算書（賃金改善報告書）（様式第7号）に関係書類を添えて、令和8年
8月1日までに様式第7号による報告書を知事に提出しなければならない。

(給付金の額の確定)

第16条 知事は、前条の規定による実績報告等を受けた場合には、支給額の全部が第5条各
項に掲げる内容に充てられていることのほか、令和8年6月1日からベースアップを実施し
たことを確認し、その報告内容が第8条に掲げる支給決定の内容及び第9条に掲げる条件に
適合すると認められるときは、支給すべき給付金の額を確定し、当該支給対象者に対して診
療所等賃上げ支援事業給付金確定通知書（様式第8号）により通知するものとする。

なお、その確認のため、第8条第1号の規定により支給決定を受けた者は、令和8年8月
1日までに実績報告書兼概算払精算書（賃金改善報告書）（様式第7号）を知事に提出する。

2 前項において、支給額の全部又は一部が第5条各項に掲げる内容に充てられていなかった
場合は、支給額の全部又は一部を減額して給付金の額を確定し、当該支給対象者に対して診
療所等賃上げ支援事業給付金確定通知書（様式第8号）により通知するものとする。

(給付金の支給)

第17条 知事は、第8条第2号又は第13条第2号の規定により給付金の支給決定及び額の確定又は額の再確定を受けた者に対して、当該給付金を支給するものとする。

(決定の取消等)

第18条 知事は、支給対象者が次の各号のいずれかに該当するときは、給付金の支給の決定の全部又は一部を取り消すことができる。

(1) 令和8年1月1日において廃院・廃止しているとき。(本事業の申請時点で同年1月2日以降に廃院・廃止を予定している場合を含む。)また、給付金の支給を受けた日以降に正当な理由なく廃院・廃止したとき。ただし、事業譲渡等による廃院・廃止であって譲受先において引き続き診療等を継続している等、知事においてやむを得ないと認めた場合はその限りではない。

(2) 偽りその他不正の手段により給付金の支給を受けたとき。

(3) 給付金の他の用途への使用をし、その他支給対象事業に関し給付金の支給の決定の内容又はこれに付した条件その他法令等又はこれに基づく知事の処分に違反したとき。

(4) 第2条第3項各号のいずれかに該当する者であることが判明したとき。

(給付金の返還)

第19条 知事は、第13条の規定により、変更支給決定額が、すでに支給された額を下回る場合、期限を定めて、その下回った額の返還を命ずるものとする

2 知事は、第16条第2項の規定により支給額の全部又は一部を減額して支給額を確定した場合において、期限を定めて、当該支給対象者に対してその返還を命ずるものとする。

3 知事は、前条の規定により支給の決定を取り消した場合において、給付金の当該取消に係る部分に関し、既に給付金が支給されているときは、期限を定めて、その返還を命ずるものとする。

4 支給対象者は、前項の規定により給付金の返還を命ぜられたときは、その命令に係る給付金の受領の日から納付の日までの日数に応じ、当該給付金の額(その一部を納付した場合におけるその後の期間については、既納額を控除した額)につき年10.95パーセントの割合で計算した加算金を県に納付しなければならない。

5 前項の規定により加算金を納付しなければならない場合において、支給対象者の納付した金額が返還を命ぜられた給付金の額に達するまでは、その納付金額は、まず当該返還を命ぜられた給付金の額に充てられたものとする。

6 支給対象者は、給付金の返還を命ぜられ、これを納期日までに納付しなかったときは、納期日の翌日から納付の日までの期間の日数に応じ、その未納付額(未納付額の一部が納付されたときは、当該納付の日の翌日以後の期間についてはその納付額を控除した額)につき年10.95パーセントの割合で計算した延滞金を県に納付しなければならない。

7 知事は、やむを得ない事情があると認めるときは、加算金又は延滞金の全部又は一部を免除することがある。

8 知事が第8条第2号の規定による給付金の支給決定及び額の確定、第8条第1号の規定による支給決定又は第13条の規定による変更支給決定を行った後、支給申請書等の不備による振込不能等があり、県が確認等に努めたにもかかわらず支給申請書等の補正が行われず、

支給対象者の責に帰すべき事由により給付金を支給できなかったときは、当該申請が取り下げられたものとみなす。

(受給権の譲渡又は担保の禁止)

第20条 本事業の給付金の支給を受ける権利は、譲り渡し、又は担保に供してはならない。

(その他)

第21条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、知事が別に定める。

附則

この要綱は、令和8年5月15日から施行する。

別表 1

| 1. 支給対象施設 | 2. 単価 |
|------------------|------------------|
| 有床診療所 3床以上 | 1 病床あたり 72,000円 |
| 有床診療所 2床以下 | 1 施設あたり 150,000円 |
| 無床診療所 (医科・歯科) | |
| 訪問看護ステーション | 1 施設あたり 228,000円 |
| 保険薬局 1店舗以上5店舗以下 | 1 施設あたり 145,000円 |
| 保険薬局 6店舗以上19店舗以下 | 1 施設あたり 105,000円 |
| 保険薬局 20店舗以上 | 1 施設あたり 70,000円 |

なお、給付対象施設となる保険薬局の店舗数については、所属する同一グループ内の保険薬局の数として、厚生（支）局へ届出を行っている「保険薬局における施設基準届出状況報告書または特掲診療科の施設基準等に係る届出書」に記載している令和7年4月30日時点の数とする。

また、病床数については、医療法第27条の使用許可を受けた病床数であって令和7年8月1日時点の病床数とする。

別表 2

| 1. 支給対象施設 | 2. 単価 |
|------------------|------------------|
| 有床診療所 14床以上 | 1 病床あたり 13,000円 |
| 有床診療所 13床以下 | 1 施設あたり 170,000円 |
| 無床診療所 (医科・歯科) | |
| 保険薬局 1店舗以上5店舗以下 | 1 施設あたり 85,000円 |
| 保険薬局 6店舗以上19店舗以下 | 1 施設あたり 75,000円 |
| 保険薬局 20店舗以上 | 1 施設あたり 50,000円 |

なお、給付対象施設となる保険薬局の店舗数については、所属する同一グループ内の保険薬局の数として、厚生（支）局へ届出を行っている「保険薬局における施設基準届出状況報告書または特掲診療科の施設基準等に係る届出書」に記載している令和7年4月30日時点の数とする。

また、病床数については、医療法第27条の使用許可を受けた病床数であって令和7年8月1日時点の病床数とする。

(様式第1号) 有床診療所3床以上

年 月 日

千葉県知事 様

| |
|---------------------------------------|
| 所在地 |
| 法人名 (個人開設の場合は記載不要) |
| 代表者職氏名 |
| 保険医療機関名 |
| 振込先を共通とする申請施設が複数ある場合、整理番号(1から通し番号で記載) |
| 通番 |

診療所等賃上げ支援事業給付金支給申請書兼概算払請求書
(有床診療所3床以上)

診療所等賃上げ支援事業給付金について、千葉県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業給付金支給要綱第7条第1号の規定により、次のとおり申請及び請求します。

1 支給申請額・概算払請求額

円

| | | | | |
|---------|---|---------|---|-----|
| 使用許可病床数 | × | 72,000円 | = | 支給額 |
| | | | | 円 |

2 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。複数選択可。

①: 令和8年3月1日時点において、以下の診療報酬のいずれかを届け出ている。

| | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 0100 外来・在宅ベースアップ評価料 (I) |
| <input type="checkbox"/> | P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I) |
| <input type="checkbox"/> | 0102 入院ベースアップ評価料 (医科) |
| <input type="checkbox"/> | P102 入院ベースアップ評価料 (歯科) |
| <input type="checkbox"/> | 訪問看護ベースアップ評価料 (I) |

②: 令和8年3月1日時点において、上記に掲げる診療報酬の対象外だが、

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る。

| <input type="checkbox"/> | ③: ②に該当する場合の職種構成は右表のとおり。 | <table><thead><tr><th>職種①</th><th>職種②</th><th>職種③</th></tr></thead><tbody><tr><td>医師</td><td>歯科医師</td><td>その他医療に従事しない、専ら事務作業(医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く)を行う職員</td></tr></tbody></table> | 職種① | 職種② | 職種③ | 医師 | 歯科医師 | その他医療に従事しない、専ら事務作業(医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く)を行う職員 |
|--------------------------|--------------------------|---|-----|-----|-----|----|------|---|
| 職種① | 職種② | 職種③ | | | | | | |
| 医師 | 歯科医師 | その他医療に従事しない、専ら事務作業(医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く)を行う職員 | | | | | | |

【その他要件を満たすことの確認・誓約等】

- ④：本事業の給付額を活用してベースアップを実施し、令和8年6月1日から当該ベースアップの水準を維持又は拡大する。（④、⑤、⑥の重複可）
- ⑤：賃金表等や給与規程等の変更に時間を要するため、本事業の給付額を活用して一時金又は特別手当を支給し、令和8年6月1日から支給した対象職員のベースアップを実施する。（④、⑤、⑥の重複可）
- ⑥：令和7年度の対象職員のベースアップが令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施しており、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分に充てる。（④、⑤、⑥の重複可）
- ⑦：本事業の給付額は④～⑥のために支出する。
- ⑧：本事業により賃金改善を行う時点から令和8年5月までの間、賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させていない。
- ⑨：著しく偏った配分は行っていない。
- ⑩：労働基準法、労働災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていない。
- ⑪：労働保険料の納付が適正に行われている。

3 振込先

※申請施設が複数あり、振込先を共通とする場合は、整理番号1の施設以外は記載不要。

| | | | |
|-----------------|--|---------|--|
| 金融機関名 | | 金融機関コード | |
| 支店名 | | 支店番号 | |
| 預金種別 (普通・当座) | | | |
| 口座番号 | | | |
| (フリガナ) | | | |
| 口座名義 | | | |

請求に関する責任者・担当者

所 属

所 在 地

職 氏 名

連 絡 先

【添付書類】

(1) 申請施設一覧表…申請施設が複数あり、振込先を共通とする場合のみ添付すること。

※ (1) を添付した場合、以下 (2) ～ (4) の添付書類は、整理番号1の施設以外は省略可。

(2) 別紙1 (誓約書)

(3) 別紙2 (役員等名簿)

※ 電子申請の場合は、申請者が (2) 及び (3) の原本を保管すること。

(4) 振込先口座の通帳 (表紙及び表紙を一枚めくった見開きのページ) の写し等、振込先口座が確認できる書類

(様式第 1 号) 有床診療所 2 床以下・無床診療所

年 月 日

千葉県知事 様

所在地

法人名
(個人開設の場合は記載不要)

代表者職氏名

保険医療機関名

振込先を共通とする申請施設が複数ある場合、整理番号(1から通し番号で記載)

通 番

診療所等賃上げ支援事業給付金支給申請書兼概算払請求書
(有床診療所 2 床以下・無床診療所)

診療所等賃上げ支援事業給付金について、千葉県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業給付金支給要綱第 7 条第 1 号の規定により、次のとおり申請及び請求します。

1 支給申請額・概算払請求額

150,000円

| |
|----------|
| 支給額 |
| 150,000円 |

2 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。複数選択可。

①：令和 8 年 3 月 1 日時点において、以下の診療報酬のいずれかを届け出ている。

| | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 0100 外来・在宅ベースアップ評価料 (I) |
| <input type="checkbox"/> | P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I) |
| <input type="checkbox"/> | 訪問看護ベースアップ評価料 (I) |

②：令和 8 年 3 月 1 日時点において、上記に掲げる診療報酬の対象外だが、

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る。

③：②に該当する場合の職種構成は右表のとおり。

| 職種① | 職種② | 職種③ |
|-----|------|---|
| 医師 | 歯科医師 | その他医療に従事しない、専ら事務作業(医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く)を行う職員 |

【その他要件を満たすことの確認・誓約等】

- ④：本事業の給付額を活用してベースアップを実施し、令和8年6月1日から当該ベースアップの水準を維持又は拡大する。（④、⑤、⑥の重複可）
- ⑤：賃金表等や給与規程等の変更に時間を要するため、本事業の給付額を活用して一時金又は特別手当を支給し、令和8年6月1日から支給した対象職員のベースアップを実施する。（④、⑤、⑥の重複可）
- ⑥：令和7年度の対象職員のベースアップが令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施しており、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分に充てる。（④、⑤、⑥の重複可）
- ⑦：本事業の給付額は④～⑥のために支出する。
- ⑧：本事業により賃金改善を行う時点から令和8年5月までの間、賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させていない。
- ⑨：著しく偏った配分は行っていない。
- ⑩：労働基準法、労働災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていない。
- ⑪：労働保険料の納付が適正に行われている。

3 振込先

※申請施設が複数あり、振込先を共通とする場合は、整理番号1の施設以外は記載不要。

| | | | |
|-----------------|--|---------|--|
| 金融機関名 | | 金融機関コード | |
| 支店名 | | 支店番号 | |
| 預金種別 (普通・当座) | | | |
| 口座番号 | | | |
| (フリガナ) | | | |
| 口座名義 | | | |

請求に関する責任者・担当者

所 属

所 在 地

職 氏 名

連 絡 先

【添付書類】

(1) 申請施設一覧表…申請施設が複数あり、振込先を共通とする場合のみ添付すること。

※ (1) を添付した場合、以下 (2) ～ (4) の添付書類は、整理番号1の施設以外は省略可。

(2) 別紙1 (誓約書)

(3) 別紙2 (役員等名簿)

※ 電子申請の場合は、申請者が (2) 及び (3) の原本を保管すること。

(4) 振込先口座の通帳 (表紙及び表紙を一枚めくった見開きのページ) の写し等、振込先口座が確認できる書類

年 月 日

千葉県知事 様

| |
|---------------------------------------|
| 所在地 |
| 法人名 (個人開設の場合は記載不要) |
| 代表者職氏名 |
| 保険医療機関名 |
| 振込先を共通とする申請施設が複数ある場合、整理番号(1から通し番号で記載) |
| 通番 |

診療所等賃上げ支援事業給付金支給申請書兼概算払請求書
(薬局)

診療所等賃上げ支援事業給付金について、千葉県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業給付金支給要綱第7条第1号の規定により、次のとおり申請及び請求します。

1 支給申請額・概算払請求額

145,000円

| | | | | |
|---|---|----------|---|-----------------|
| 所属する同一グループ内の保険薬局の数として1店舗以上5店舗以下(R7.4.30時点) ※該当する場合は○を記載 | ○ | 145,000円 | = | 支給額 145,000円 |
| 所属する同一グループ内の保険薬局の数として6店舗以上19店舗以下(R7.4.30時点) ※該当する場合は○を記載 | | 105,000円 | = | 支給額 0円 |
| 所属する同一グループ内の保険薬局の数として20店舗以上(R7.4.30時点) ※該当する場合は○を記載 | | 70,000円 | = | 支給額 0円 |

2 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。複数選択可。

- ①: 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る。

【その他要件を満たすことの確認・誓約等】

- ②：本事業の給付額を活用してベースアップを実施し、令和8年6月1日から当該ベースアップの水準を維持又は拡大する。（②、③、④の重複可）
- ③：賃金表等や給与規程等の変更に時間を要するため、本事業の給付額を活用して一時金又は特別手当を支給し、令和8年6月1日から支給した対象職員のベースアップを実施する。
（②、③、④の重複可）
- ④：令和7年度の対象職員のベースアップが令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施しており、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分に充てる。
（②、③、④の重複可）
- ⑤：本事業の給付額は②～④のために支出する。
- ⑥：本事業により賃金改善を行う時点から令和8年5月までの間、賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させていない。
- ⑦：著しく偏った配分は行っていない。
- ⑧：労働基準法、労働災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処されていない。
- ⑨：労働保険料の納付が適正に行われている。

3 振込先

※申請施設が複数あり、振込先を共通とする場合は、整理番号1の施設以外は記載不要。

| | | | |
|-----------------|--|---------|--|
| 金融機関名 | | 金融機関コード | |
| 支店名 | | 支店番号 | |
| 預金種別 (普通・当座) | | | |
| 口座番号 | | | |
| (フリガナ) | | | |
| 口座名義 | | | |

請求に関する責任者・担当者

所 属

所 在 地

職 氏 名

連 絡 先

【添付書類】

(1) 申請施設一覧表…申請施設が複数あり、振込先を共通とする場合のみ添付すること。

※ (1) を添付した場合、以下 (2) ～ (4) の添付書類は、整理番号1の施設以外は省略可。

(2) 別紙1 (誓約書)

(3) 別紙2 (役員等名簿)

※ 電子申請の場合は、申請者が (2) 及び (3) の原本を保管すること。

(4) 振込先口座の通帳 (表紙及び表紙を一枚めくった見開きのページ) の写し等、振込先口座が確認できる書類

年 月 日

千葉県知事 様

所在地

法人名
(個人開設の場合は記載不要)

代表者職氏名

保険医療機関名

振込先を共通とする申請施設が複数ある場合、整理番号(1から通し番号で記載)

通 番

診療所等賃上げ支援事業給付金支給申請書兼概算払請求書
(訪問看護ステーション)

診療所等賃上げ支援事業給付金について、千葉県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業給付金支給要綱第7条第1号の規定により、次のとおり申請及び請求します。

1 支給申請額・概算払請求額

228,000円

| |
|----------|
| 支給額 |
| 228,000円 |

2 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。複数選択可。

①: 令和8年3月1日時点において、以下の診療報酬のいずれかを届け出ている。

| | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 0100 外来・在宅ベースアップ評価料 (I) |
| <input type="checkbox"/> | P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I) |
| <input type="checkbox"/> | 訪問看護ベースアップ評価料 (I) |

②: 令和8年3月1日時点において、上記に掲げる診療報酬の対象外だが、

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る。

③: ②に該当する場合の職種構成は右表のとおり。

| 職種① | 職種② | 職種③ |
|-----|------|---|
| 医師 | 歯科医師 | その他医療に従事しない、専ら事務作業(医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く)を行う職員 |

【その他要件を満たすことの確認・誓約等】

- ④：本事業の給付額を活用してベースアップを実施し、令和8年6月1日から当該ベースアップの水準を維持又は拡大する。（④、⑤、⑥の重複可）
- ⑤：賃金表等や給与規程等の変更に時間を要するため、本事業の給付額を活用して一時金又は特別手当を支給し、令和8年6月1日から支給した対象職員のベースアップを実施する。（④、⑤、⑥の重複可）
- ⑥：令和7年度の対象職員のベースアップが令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施しており、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分に充てる。（④、⑤、⑥の重複可）
- ⑦：本事業の給付額は④～⑥のために支出する。
- ⑧：本事業により賃金改善を行う時点から令和8年5月までの間、賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させていない。
- ⑨：著しく偏った配分は行っていない。
- ⑩：労働基準法、労働災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていない。
- ⑪：労働保険料の納付が適正に行われている。

3 振込先

※申請施設が複数あり、振込先を共通とする場合は、整理番号1の施設以外は記載不要。

| | | | |
|-----------------|--|---------|--|
| 金融機関名 | | 金融機関コード | |
| 支店名 | | 支店番号 | |
| 預金種別 (普通・当座) | | | |
| 口座番号 | | | |
| (フリガナ) | | | |
| 口座名義 | | | |

請求に関する責任者・担当者

所 属

所 在 地

職 氏 名

連 絡 先

【添付書類】

(1) 申請施設一覧表…申請施設が複数あり、振込先を共通とする場合のみ添付すること。

※ (1) を添付した場合、以下 (2) ～ (4) の添付書類は、整理番号1の施設以外は省略可。

(2) 別紙1 (誓約書)

(3) 別紙2 (役員等名簿)

※ 電子申請の場合は、申請者が (2) 及び (3) の原本を保管すること。

(4) 振込先口座の通帳 (表紙及び表紙を一枚めくった見開きのページ) の写し等、振込先口座が確認できる書類

(様式第1号の2) 有床診療所14床以上

年 月 日

千葉県知事 様

所在地

法人名
(個人開設の場合は記載不要)

代表者職氏名

保険医療機関名

振込先を共通とする申請施設
が複数ある場合、整理番号
(1から通し番号で記載)

通 番

診療所等物価支援事業給付金支給申請書兼実績報告書兼請求書
(有床診療所14床以上)

診療所等物価支援事業給付金について、千葉県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業給付金支給要綱第7条第2号の規定により、次のとおり申請、報告及び請求します。

1 支給申請額・実績報告額・請求額

円

| | | | | |
|---------|---|---------|---|-----|
| 使用許可病床数 | × | 13,000円 | = | 支給額 |
| | | | | 円 |

2 振込先

※申請施設が複数あり、振込先を共通とする場合は、整理番号1の施設以外は記載不要。

| | | | |
|-----------------|--|---------|--|
| 金融機関名 | | 金融機関コード | |
| 支店名 | | 支店番号 | |
| 預金種別 (普通・当座) | | | |
| 口座番号 | | | |
| (フリガナ) | | | |
| 口座名義 | | | |

請求に関する責任者・担当者

所 属

所 在 地

職 氏 名

連 絡 先

【添付書類】

- (1) 申請施設一覧表…申請施設が複数あり、振込先を共通とする場合のみ添付すること。
- ※ (1) を添付した場合、以下 (2) ~ (4) の添付書類は、整理番号1の施設以外は省略可。
- (2) 別紙1 (誓約書)
- (3) 別紙2 (役員等名簿)
- ※ 電子申請の場合は、申請者が (2) 及び (3) の原本を保管すること。
- (4) 振込先口座の通帳 (表紙及び裏紙を一枚めくった見開きのページ) の写し等、振込先口座が確認できる書類

(様式第1号の2) 有床診療所13床以下・無床診療所

年 月 日

千葉県知事 様

所 在 地

法 人 名
(個人開設の場合は記載不要)

代 表 者 職 氏 名

保 険 医 療 機 関 名

振込先を共通とする申請施設
が複数ある場合、整理番号
(1から通し番号で記載)

通 番

診療所等物価支援事業給付金支給申請書兼実績報告書兼請求書
(有床診療所13床以下・無床診療所)

診療所等物価支援事業給付金について、千葉県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業給付金支給要綱第7条第2号の規定により、次のとおり申請、報告及び請求します。

1 支給申請額・実績報告額・請求額

170,000円

| |
|----------|
| 支給額 |
| 170,000円 |

2 振込先

※申請施設が複数あり、振込先を共通とする場合は、整理番号1の施設以外は記載不要。

| | | | |
|-----------------|--|---------|--|
| 金融機関名 | | 金融機関コード | |
| 支店名 | | 支店番号 | |
| 預金種別 (普通・当座) | | | |
| 口座番号 | | | |
| (フリガナ) | | | |
| 口座名義 | | | |

請求に関する責任者・担当者

所 属

所 在 地

職 氏 名

連 絡 先

【添付書類】

- (1) 申請施設一覧表…申請施設が複数あり、振込先を共通とする場合のみ添付すること。
- ※ (1) を添付した場合、以下 (2) ~ (4) の添付書類は、整理番号1の施設以外は省略可。
- (2) 別紙1 (誓約書)
- (3) 別紙2 (役員等名簿)
- ※ 電子申請の場合は、申請者が (2) 及び (3) の原本を保管すること。
- (4) 振込先口座の通帳 (表紙及び裏紙を一枚めくった見開きのページ) の写し等、振込先口座が確認できる書類

(様式第1号の2) 薬局

年 月 日

千葉県知事 様

所在地

法人名
(個人開設の場合は記載不要)

代表者職氏名

保険医療機関名

振込先を共通とする申請施設
が複数ある場合、整理番号
(1から通し番号で記載)

通 番

診療所等物価支援事業給付金支給申請書兼実績報告書兼請求書
(薬局)

診療所等物価支援事業給付金について、千葉県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業給付金支給要綱第7条第2号の規定により、次のとおり申請、報告及び請求します。

1 支給申請額・実績報告額・請求額

85,000円

| |
|--|
| 所属する同一グループ内の保険薬局の数として1店舗以上5店舗以下(R7.4.30時点) ※該当する場合は○を記載 |
| ○ |

85,000円 =

| |
|---------|
| 支給額 |
| 85,000円 |

| |
|---|
| 所属する同一グループ内の保険薬局の数として6店舗以上19店舗以下(R7.4.30時点) ※該当する場合は○を記載 |
| |

75,000円 =

| |
|-----|
| 支給額 |
| 0円 |

| |
|--|
| 所属する同一グループ内の保険薬局の数として20店舗以上(R7.4.30時点) ※該当する場合は○を記載 |
| |

50,000円 =

| |
|-----|
| 支給額 |
| 0円 |

2 振込先

※申請施設が複数あり、振込先を共通とする場合は、整理番号1の施設以外は記載不要。

| | | | |
|-----------------|--|---------|--|
| 金融機関名 | | 金融機関コード | |
| 支店名 | | 支店番号 | |
| 預金種別 (普通・当座) | | | |
| 口座番号 | | | |
| (フリガナ) | | | |
| 口座名義 | | | |

請求に関する責任者・担当者

所 属

所 在 地

職 氏 名

連 絡 先

【添付書類】

(1) 申請施設一覧表…申請施設が複数あり、振込先を共通とする場合のみ添付すること。

※ (1) を添付した場合、以下 (2) ~ (4) の添付書類は、整理番号1の施設以外は省略可。

(2) 別紙1 (誓約書)

(3) 別紙2 (役員等名簿)

※ 電子申請の場合は、申請者が (2) 及び (3) の原本を保管すること。

(4) 振込先口座の通帳 (表紙及び表紙を一枚めくった見開きのページ) の写し等、振込先口座が確認できる書類

(別紙1)

誓約書

年 月 日

千葉県知事 様

所在地

法人名

代表者職・氏名

印

給付金の支給を申請した事業を行う者（法人その他の団体にあつては、その役員等（業務を執行する社員、取締役、執行役若しくはこれらに準ずる者、相談役、顧問その他の実質的に当該団体の経営に関与している者又は当該団体の業務に係る契約を締結する権限を有する者をいう。以下同じ。））が、千葉県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業給付金支給要綱第2条第3項各号のいずれにも該当せず、将来においても当該各号のいずれにも該当しないことを誓約します。

また、給付金の支給申請をするに当たり、上記内容に該当しないことを確認するため、千葉県が千葉県警察本部に照会することについて承諾します。

なお、誓約した内容と事実が相違することが判明した場合には、給付金の支給を受けられないこと又は給付金の支給の決定の全部若しくは一部を取り消されることになっても異議はありません。

また、これにより生じた損害については、当方が一切の責任を負うものとします。

(別紙2)

役員等名簿

| 番号 | 商号又は名称 (半ｶﾅ) | 商号又は名称 (漢字) | 氏名 (半ｶﾅ) | 氏名 (漢字) | 生年月日 | | | | 性別 (M・F) | 住 所 | 職 名 |
|----|--------------|-------------|----------|---------|------------|---|---|---|----------|-----|-----|
| | | | | | 元号 MTSH | 年 | 月 | 日 | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | |

現在における（私 ・ 当法人（団体））の役員等名簿に相違ありません。

年 月 日

住所（法人その他の団体にあつては主たる事務所の所在地）

氏名（法人その他の団体にあつては名称及び代表者の氏名）

役員等名簿には、支給を受けようとする事業を行う者が

- ・ 個人である場合は本人を記載すること。
- ・ 法人その他の団体である場合は、その役員等（業務を執行する社員、取締役、執行役若しくはこれらに準ずる者、相談役、顧問その他の実質的に当該団体の経営に関与している者又は当該団体の業務に係る契約を締結する権限を有する者をいう。）を記載すること。
ただし、当該団体の業務に係る契約を締結する権限を有する者については、本件給付金の申請に関する権限又は支給対象事業の執行に関する契約を締結する権限を委任されている者を除き省略することができる。

(様式第2号の2)

第 号

診療所等物価支援事業支給決定通知書兼確定通知書

(所在地)

(法人名)

(保険医療機関等名)

(代表者職・氏名) 様

年 月 日付けで申請及び報告のあった診療所等物価支援事業給付金については、千葉県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業給付金支給要綱第8条第2号の規定により、下記のとおり支給を決定し、支給額を確定したので通知します。

年 月 日

千葉県知事

記

1 支給決定額及び確定額 金 _____ 円

2 支給の条件

- ・ 支給対象者が千葉県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業給付金支給要綱第18条第1項各号のいずれかに該当するときは、給付金の支給の決定の全部又は一部を取り消すことがある。この場合、給付金の当該取消に係る部分に関し、既に給付金が交付されているときは返還を命ずる。
- ・ 給付金の返還を命じた場合は、第19条第4項の規定により、支給対象者に加算金の納付義務が発生し、給付金の返還に遅延が生じた場合は、同条第6項の規定により、延滞金の納付義務が生じる。
- ・ その他、千葉県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業給付金支給要綱第9条に規定する条件が付されるものとする。

(様式第3号)

年 月 日

千葉県知事 様

(所在地)

(法人名)

(保健医療機関等名)

(代表者職・氏名)

千葉県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業給付金
変更（中止・廃止）承認申請書

年 月 日付け千葉県医指令第 号で支給決定のあった
千葉県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業給付金について、次のとおり変更
（中止・廃止）したいので、千葉県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業給付
金支給要綱第10条の規定により承認を申請します。

1 変更（中止・廃止）理由

2 変更内容

(1) 変更前

(2) 変更後

(様式第4号)

年 月 日
第 号

千葉県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業給付金
変更（中止・廃止）承認通知書

(所在地)

(法人名)

(保険医療機関等名)

(代表者職・氏名) 様

千葉県知事

年 月 日付けで申請のあった千葉県医療機関等における賃上げ・物価
上昇に対する支援事業給付金の変更（中止・廃止）承認申請については、千葉県医
療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業給付金支給要綱第11条の規
定により、下記のとおり承認することとしたので通知します。

記

千葉県知事 様

| |
|--|
| 所在地 |
| 法人名 <small>(個人開設の場合は記載不要)</small> |
| 代表者職氏名 |
| 保険医療機関名 |
| <small>振込先を共通とする申請施設が複数ある場合、整理番号(1から通し番号で記載)</small> |

診療所等賃上げ支援事業給付金変更支給申請書兼概算払請求書
(有床診療所3床以上)

診療所等賃上げ支援事業給付金について、千葉県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業給付金支給要綱第12条第1号の規定により、次のとおり申請及び請求します。

1 変更支給申請額・概算払追加請求額

(1) 変更支給申請額

(2) 概算払追加請求額

| | | |
|-------|---|-----------|
| 円 | | 円 |
| 【変更前】 | | |
| 許可病床数 | × | 72,000円 = |
| | | 支給額 |
| | | 円 |
| 【変更後】 | | |
| 許可病床数 | × | 72,000円 = |
| | | 支給額 |
| | | 円 |

2 振込先 (申請施設が複数あり、振込先を共通とする場合は、整理番号1の施設以外は記載不要)

| | | | |
|-----------------|--|---------|--|
| 金融機関名 | | 金融機関コード | |
| 支店名 | | 支店番号 | |
| 預金種別 (普通・当座) | | | |
| 口座番号 | | | |
| (フリガナ) | | | |
| 口座名義 | | | |

請求に関する責任者・担当者

| |
|-----|
| 所属 |
| 職氏名 |
| 連絡先 |

【添付書類】

(1) 申請施設一覧表…申請施設が複数あり、振込先を共通とする場合のみ添付すること。

(2) 振込先口座の通帳（表紙及び表紙を一枚めくった見開きのページ）の写し等、振込先口座が確認できる書類

千葉県知事 様

所在地

法人名
(個人開設の場合は記載不要)

代表者職氏名

保険医療機関名

振込先を共通とする申請施設が
複数ある場合、整理番号
(1から通し番号で記載)

診療所等賃上げ支援事業給付金変更支給申請書兼概算払請求書
(有床診療所2床以下・無床診療所)

診療所等賃上げ支援事業給付金について、千葉県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業給付金支給要綱第12条第1号の規定により、次のとおり申請及び請求します。

1 変更支給申請額・概算払追加請求額

(1) 変更支給申請額

円

【変更前】

| |
|-----|
| 支給額 |
| |

(2) 概算払追加請求額

円

【変更後】

| |
|-----|
| 支給額 |
| |

2 振込先 (申請施設が複数あり、振込先を共通とする場合は、整理番号1の施設以外は記載不要)

| | | | |
|-----------------|--|---------|--|
| 金融機関名 | | 金融機関コード | |
| 支店名 | | 支店番号 | |
| 預金種別 (普通・当座) | | | |
| 口座番号 | | | |
| (フリガナ) | | | |
| 口座名義 | | | |

請求に関する責任者・担当者

所属

職氏名

連絡先

【添付書類】

(1) 申請施設一覧表…申請施設が複数あり、振込先を共通とする場合のみ添付すること。

(2) 振込先口座の通帳 (表紙及び表紙を一枚めくった見開きのページ) の写し等、振込先口座が確認できる書類

年 月 日

千葉県知事 様

所在地

法人名
(個人開設の場合は記載不要)

代表者職氏名

保険医療機関等名

振込先を共通とする申請施設が
複数ある場合、整理番号
(1から通し番号で記載)

診療所等賃上げ支援事業給付金変更支給申請書兼概算払請求書
(訪問看護ステーション)

診療所等賃上げ支援事業給付金について、千葉県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業給付金支給要綱第12条第1号の規定により、次のとおり申請及び請求します。

1 変更支給申請額・概算払追加請求額

(1) 変更支給申請額

円

【変更前】

| 支給額 |
|-----|
| |

(2) 概算払追加請求額

円

【変更後】

| 支給額 |
|-----|
| |

2 振込先 (申請施設が複数あり、振込先を共通とする場合は、整理番号1の施設以外は記載不要)

| | | | |
|-----------------|--|---------|--|
| 金融機関名 | | 金融機関コード | |
| 支店名 | | 支店番号 | |
| 預金種別 (普通・当座) | | | |
| 口座番号 (フリガナ) | | | |
| 口座名義 | | | |

請求に関する責任者・担当者

所属

職氏名

連絡先

【添付書類】

(1) 申請施設一覧表…申請施設が複数あり、振込先を共通とする場合のみ添付すること。

(2) 振込先口座の通帳（表紙及び裏紙を一枚めくった見開きのページ）の写し等、振込先口座が確認できる書類

千葉県知事 様

所在地

法人名
(個人開設の場合は記載不要)

代表者職氏名

保険医療機関等名

振込先を共通とする申請施設が
複数ある場合、整理番号
(1から通し番号で記載)

診療所等賃上げ支援事業給付金変更支給申請書兼概算払請求書
(薬局)

診療所等賃上げ支援事業給付金について、千葉県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業給付金支給要綱第12条第1号の規定により、次のとおり申請及び請求します。

1 変更支給申請額・概算払追加請求額

(1) 変更支給申請額

(2) 概算払追加請求額

円

円

【変更前】

| |
|-----|
| 支給額 |
| |

【変更後】

| |
|-----|
| 支給額 |
| |

2 振込先 (申請施設が複数あり、振込先を共通とする場合は、整理番号1の施設以外は記載不要)

| | | | |
|-----------------|--|---------|--|
| 金融機関名 | | 金融機関コード | |
| 支店名 | | 支店番号 | |
| 預金種別 (普通・当座) | | | |
| 口座番号 (フリガナ) | | | |
| 口座名義 | | | |

請求に関する責任者・担当者

所 属

職 氏 名

連 絡 先

【添付書類】

(1) 申請施設一覧表…申請施設が複数あり、振込先を共通とする場合のみ添付すること。

(2) 振込先口座の通帳（表紙及び裏紙を一枚めくった見開きのページ）の写し等、振込先口座が確認できる書類

千葉県知事 様

| |
|--|
| 所在地 |
| 法人名 <small>(個人開設の場合は記載不要)</small> |
| 代表者職氏名 |
| 保険医療機関名 |
| <small>振込先を共通とする申請施設が複数ある場合、整理番号(1から通し番号で記載)</small> |

診療所等物価支援事業給付金変更支給申請書兼請求書
(有床診療所3床以上)

診療所等物価支援事業給付金について、千葉県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業給付金支給要綱第12条第2号の規定により、次のとおり申請及び請求します。

1 変更支給申請額・追加請求額

(1) 変更支給申請額

(2) 追加請求額

| | | |
|-------|---|---------|
| 円 | | 円 |
| 【変更前】 | | |
| 許可病床数 | × | 72,000円 |
| | = | 支給額 |
| | | 円 |
| 【変更後】 | | |
| 許可病床数 | × | 72,000円 |
| | = | 支給額 |
| | | 円 |

2 振込先 (申請施設が複数あり、振込先を共通とする場合は、整理番号1の施設以外は記載不要)

| | | | |
|-----------------|--|---------|--|
| 金融機関名 | | 金融機関コード | |
| 支店名 | | 支店番号 | |
| 預金種別 (普通・当座) | | | |
| 口座番号 | | | |
| (フリガナ) | | | |
| 口座名義 | | | |

請求に関する責任者・担当者

| |
|-----|
| 所属 |
| 職氏名 |
| 連絡先 |

【添付書類】

(1) 申請施設一覧表…申請施設が複数あり、振込先を共通とする場合のみ添付すること。

(2) 振込先口座の通帳（表紙及び表紙を一枚めくった見開きのページ）の写し等、振込先口座が確認できる書類

千葉県知事 様

所在地

法人名
(個人開設の場合は記載不要)

代表者職氏名

保険医療機関名

振込先を共通とする申請施設が
複数ある場合、整理番号
(1から通し番号で記載)

診療所等物価支援事業給付金変更支給申請書兼請求書
(有床診療所2床以下・無床診療所)

診療所等物価支援事業給付金について、千葉県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業給付金
支給要綱第12条第2号の規定により、次のとおり申請及び請求します。

1 変更支給申請額・追加請求額

(1) 変更支給申請額

(2) 追加請求額

円

円

【変更前】

| |
|-----|
| 支給額 |
| |

【変更後】

| |
|-----|
| 支給額 |
| |

2 振込先 (申請施設が複数あり、振込先を共通とする場合は、整理番号1の施設以外は記載不要)

| | | | |
|-----------------|--|---------|--|
| 金融機関名 | | 金融機関コード | |
| 支店名 | | 支店番号 | |
| 預金種別 (普通・当座) | | | |
| 口座番号 | | | |
| (フリガナ) | | | |
| 口座名義 | | | |

請求に関する責任者・担当者

所属

職氏名

連絡先

【添付書類】

(1) 申請施設一覧表…申請施設が複数あり、振込先を共通とする場合のみ添付すること。

(2) 振込先口座の通帳 (表紙及び表紙を一枚めくった見開きのページ) の写し等、振込先口座が確認できる書類

千葉県知事 様

所在地

法人名
(個人開設の場合は記載不要)

代表者職氏名

保険医療機関等名

振込先を共通とする申請施設が
複数ある場合、整理番号
(1から通し番号で記載)

診療所等物価支援事業給付金変更支給申請書兼請求書
(薬局)

診療所等物価支援事業給付金について、千葉県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業給付金
支給要綱第12条第2号の規定により、次のとおり申請及び請求します。

1 変更支給申請額・追加請求額

(1) 変更支給申請額

(2) 追加請求額

円

円

【変更前】

| |
|-----|
| 支給額 |
| |

【変更後】

| |
|-----|
| 支給額 |
| |

2 振込先 (申請施設が複数あり、振込先を共通とする場合は、整理番号1の施設以外は記載不要)

| | | | |
|-----------------|--|---------|--|
| 金融機関名 | | 金融機関コード | |
| 支店名 | | 支店番号 | |
| 預金種別 (普通・当座) | | | |
| 口座番号 (フリガナ) | | | |
| 口座名義 | | | |

請求に関する責任者・担当者

所 属

職 氏 名

連 絡 先

【添付書類】

(1) 申請施設一覧表…申請施設が複数あり、振込先を共通とする場合のみ添付すること。

(2) 振込先口座の通帳（表紙及び裏紙を一枚めくった見開きのページ）の写し等、振込先口座が確認できる書類

(様式第7号) (有床診療所・無床診療所・訪問看護ステーション)

診療所等賃上げ支援事業 実績報告書兼概算払精算書
(賃金改善報告書)

年 月 日付け千葉県医指令第 号で(変更)支給決定のあった賃上げ支援事業給付金について、
千葉県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業給付金支給要綱第15条の規定により、次のとおり報告します。

| | | |
|--|---------------------|----|
| 開設者: | ①:賃金改善の総額 | 0円 |
| 診療所・訪問看護ステーションの名称: | ②:賃上げ支援事業の支給額 | 0円 |
| 令和8年6月1日以降のベースアップ月額水準の維持・拡大 | ○ ①②の判定 | ○ |
| 令和8年3月1日時点のベースアップ評価料の届出 | × ②-①:返還額(千円未満切り捨て) | 0円 |
| 令和8年6月1日時点の令和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の届出 | ○ 交付確定額 | 0円 |

| 1名あたり平均額 (職種によって異なる場合は加重平均してください) | | | | | | 賃金改善の総額 | | | | | |
|--|------------------|------------------|-----|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|--|------------------|------------------|-----|---------|
| 対象職員の賃金改善実績の有無(右欄に○・×を記載) | | | | | | 対象職員の賃金改善実績の有無(右欄に○・×を記載) | | | | | |
| 賃金改善の内容 | ①対象人数 (常勤換算数) | ②月額または 一時金支給額 | ③月数 | 令和8年6月1日以降の ベースアップ月額水準 (直接入力) | 令和8年6月1日以降のベースアップ 月額水準が支給額以上(自動判定) | 1名あたり平均額(月額) | 賃金改善の内容 | ①対象人数 (常勤換算数) | ②月額または 一時金支給額 | ③月数 | 賃金改善の総額 |
| 賃上げ(ベースアップ分) ((①対象人数×②月額×③月数) ÷ ①対象人数) | | | | | ○ | #DIV/0! | 賃上げ(ベースアップ分) ((①対象人数×②月額×③月数)) | 0人 | 0円 | 0月 | 0円 |
| 特別手当 ((①対象人数×②月額×③月数) ÷ ①対象人数) | | | | | ○ | #DIV/0! | 特別手当 ((①対象人数×②月額×③月数)) | 0人 | 0円 | 0月 | 0円 |
| 一時金 ((①対象人数×②支給額) ÷ ①対象人数) | | | | | #DIV/0! | #DIV/0! | 一時金 ((①対象人数×②支給額)) | 0人 | 0円 | 0月分 | 0円 |
| 令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分(別紙にて算定) | | | | 0円 | ○ | #DIV/0! | 令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分(別紙にて算定) | | | | 0円 |
| (職種内訳) ○○の賃金改善実績の有無(右欄に○・×を記載) | | | | | | (職種内訳) ○○の賃金改善実績の有無(右欄に○・×を記載) | | | | | |
| 賃金改善の内容 | ①対象人数 (常勤換算数) | ②月額または 一時金支給額 | ③月数 | 令和8年6月1日以降の ベースアップ月額水準 (直接入力) | 令和8年6月1日以降のベースアップ 月額水準が支給額以上(自動判定) | 1名あたり平均額(月額) | 賃金改善の内容 | ①対象人数 (常勤換算数) | ②月額または 一時金支給額 | ③月数 | 賃金改善の総額 |
| 賃上げ(ベースアップ分) ((①対象人数×②月額×③月数) ÷ ①対象人数) | | | | | ○ | #DIV/0! | 賃上げ(ベースアップ分) ((①対象人数×②月額×③月数)) | 0人 | 0円 | 0月 | 0円 |
| 特別手当 ((①対象人数×②月額×③月数) ÷ ①対象人数) | | | | | ○ | #DIV/0! | 特別手当 ((①対象人数×②月額×③月数)) | 0人 | 0円 | 0月 | 0円 |
| 一時金 ((①対象人数×②支給額) ÷ ①対象人数) | | | | | #DIV/0! | #DIV/0! | 一時金 ((①対象人数×②支給額)) | 0人 | 0円 | 0月分 | 0円 |
| 令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分(別紙にて算定) | | | | 0円 | ○ | #DIV/0! | 令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分(別紙にて算定) | | | | 0円 |

【2.0超部分算定シート】

| 1名あたり平均額 (役職によって異なる場合は加重平均してください) | | | | | | | | | | | 賃金改善の総額 |
|--|-------------------------|----------------------|-------------------|----------------------|--------------------------|--|------------------|------------------------------|-----------------------------------|---------------|---------|
| 対象職員の賃金改善実績の有無 (右欄に○・×を記載) | | | | | | | | | | | |
| 賃金改善の内容 | I 令和7年3月31日時点の賃金水準 (月額) | II 令和7年度中の賃金改善額 (月額) | III 令和7年度中の賃金改善割合 | IV 本事業の支給額を充てられる上限月額 | V 本事業の支給額を充てる月額 (IVの範囲内) | VI 本事業の支給額を充てる期間 (最大:令和7年12月~令和8年5月の6ヶ月) | VII 対象人数 (常勤換算数) | 令和8年6月1日以降のベースアップ月額水準 (直接入力) | 令和8年6月1日以降のベースアップ月額水準がII以上 (自動判定) | 1名あたり平均額 (月額) | 賃金改善の総額 |
| 令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分 (職種内訳) ○○の賃金改善実績の有無 (右欄に○・×を記載) | | | #DIV/0! | #DIV/0! | | | | | ○ | #DIV/0! | 0円 |
| 対象職員の賃金改善実績の有無 (右欄に○・×を記載) | | | | | | | | | | | |
| 賃金改善の内容 | I 令和7年3月31日時点の賃金水準 (月額) | II 令和7年度中の賃金改善額 (月額) | III 令和7年度中の賃金改善割合 | IV 本事業の支給額を充てられる上限月額 | V 本事業の支給額を充てる月額 (IVの範囲内) | VI 本事業の支給額を充てる期間 (最大:令和7年12月~令和8年5月の6ヶ月) | VII 対象人数 (常勤換算数) | 令和8年6月1日以降のベースアップ月額水準 (直接入力) | 令和8年6月1日以降のベースアップ月額水準がII以上 (自動判定) | 1名あたり平均額 (月額) | 賃金改善の総額 |
| 令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分 | | | #DIV/0! | #DIV/0! | | | | | ○ | #DIV/0! | 0円 |

(様式第7号) (薬局)

診療所等賃上げ支援事業 実績報告書兼概算払精算書
(賃金改善報告書)

年 月 日付け千葉県医指令第 号で(変更)支給決定のあった賃上げ支援事業給付金について、
千葉県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業給付金支給要綱第15条の規定により、次のとおり報告します。

| | | |
|--|-----------------------|----|
| 開設者: | ①: 賃金改善の総額 | 0円 |
| 薬局の名称: | ②: 賃上げ支援事業の支給額 | 0円 |
| 令和8年6月1日以降のベースアップ月額水準の維持・拡大 | ③: ①-②の判定 | ○ |
| 令和8年6月1日時点の令和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額の届出 | ④: ②-①: 返還額(千円未満切り捨て) | 0円 |
| | 交付決定額 | 0円 |

| 1名あたり平均額 (役職によって異なる場合は加重平均してください) | | | | | | | 賃金改善の総額 | | | | |
|--|------------------|------------------|-----|-------------------------------------|---|--------------|--|------------------|------------------|-----|---------|
| 対象職員の賃金改善実績の有無(右欄に○・×を記載) | | | | | | | 対象職員の賃金改善実績の有無(右欄に○・×を記載) | | | | |
| 賃金改善の内容 | ①対象人数 (常勤換算数) | ②月額または 一時金支給額 | ③月数 | 令和8年6月1日以降の ベースアップ月額水準 (直接入力) | 令和8年6月1日以 降のベースアップ月 額水準が支給額以上 (自動判定) | 1名あたり平均額(月額) | 賃金改善の内容 | ①対象人数 (常勤換算数) | ②月額または 一時金支給額 | ③月数 | 賃金改善の総額 |
| 賃上げ(ベースアップ分) (①対象人数×②月額×③月数)÷①対象人数 | | | | | ○ | #DIV/0! | 賃上げ(ベースアップ分) (①対象人数×②月額×③月数) | 0人 | 0円 | 0月 | 0円 |
| 特別手当 (①対象人数×②月額×③月数)÷①対象人数 | | | | | ○ | #DIV/0! | 特別手当 (①対象人数×②月額×③月数) | 0人 | 0円 | 0月 | 0円 |
| 一時金 (①対象人数×②支給額)÷①対象人数 | | | | | #DIV/0! | #DIV/0! | 一時金 (①対象人数×②支給額) | 0人 | 0円 | 0月分 | 0円 |
| 令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分(別紙にて算定) | | | | 0円 | ○ | #DIV/0! | 令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分(別紙にて算定) | | | | 0円 |
| (職種内訳) ○○の賃金改善実績の有無(右欄に○・×を記載) | | | | | | | (職種内訳) ○○の賃金改善実績の有無(右欄に○・×を記載) | | | | |
| 賃金改善の内容 | ①対象人数 (常勤換算数) | ②月額または 一時金支給額 | ③月数 | 令和8年6月1日以降の ベースアップ月額水準 (直接入力) | 令和8年6月1日以 降のベースアップ月 額水準が支給額以上 (自動判定) | 1名あたり平均額(月額) | 賃金改善の内容 | ①対象人数 (常勤換算数) | ②月額または 一時金支給額 | ③月数 | 賃金改善の総額 |
| 賃上げ(ベースアップ分) (①対象人数×②月額×③月数)÷①対象人数 | | | | | ○ | #DIV/0! | 賃上げ(ベースアップ分) (①対象人数×②月額×③月数) | 0人 | 0円 | 0月 | 0円 |
| 特別手当 (①対象人数×②月額×③月数)÷①対象人数 | | | | | ○ | #DIV/0! | 特別手当 (①対象人数×②月額×③月数) | 0人 | 0円 | 0月 | 0円 |
| 一時金 (①対象人数×②支給額)÷①対象人数 | | | | | #DIV/0! | #DIV/0! | 一時金 (①対象人数×②支給額) | 0人 | 0円 | 0月分 | 0円 |
| 令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分(別紙にて算定) | | | | 0円 | ○ | #DIV/0! | 令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分(別紙にて算定) | | | | 0円 |

【2.0超部分算定シート】

| 1名あたり平均額 (役職によって異なる場合は加重平均してください) | | | | | | | | | | | 賃金改善の総額 |
|--|-------------------------|----------------------|-------------------|----------------------|--------------------------|--|------------------|------------------------------|-----------------------------------|---------------|---------|
| 対象職員の賃金改善実績の有無 (右欄に○・×を記載) | | | | | | | | | | | |
| 賃金改善の内容 | I 令和7年3月31日時点の賃金水準 (月額) | II 令和7年度中の賃金改善額 (月額) | III 令和7年度中の賃金改善割合 | IV 本事業の支給額を充てられる上限月額 | V 本事業の支給額を充てる月額 (IVの範囲内) | VI 本事業の支給額を充てる期間 (最大:令和7年12月~令和8年5月の6ヶ月) | VII 対象人数 (常勤換算数) | 令和8年6月1日以降のベースアップ月額水準 (直接入力) | 令和8年6月1日以降のベースアップ月額水準がII以上 (自動判定) | 1名あたり平均額 (月額) | 賃金改善の総額 |
| 令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分 (職種内訳) ○○の賃金改善実績の有無 (右欄に○・×を記載) | | | #DIV/0! | #DIV/0! | | | | | ○ | #DIV/0! | 0円 |
| 賃金改善の内容 | I 令和7年3月31日時点の賃金水準 (月額) | II 令和7年度中の賃金改善額 (月額) | III 令和7年度中の賃金改善割合 | IV 本事業の支給額を充てられる上限月額 | V 本事業の支給額を充てる月額 (IVの範囲内) | VI 本事業の支給額を充てる期間 (最大:令和7年12月~令和8年5月の6ヶ月) | VII 対象人数 (常勤換算数) | 令和8年6月1日以降のベースアップ月額水準 (直接入力) | 令和8年6月1日以降のベースアップ月額水準がII以上 (自動判定) | 1名あたり平均額 (月額) | 賃金改善の総額 |
| 令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分 | | | #DIV/0! | #DIV/0! | | | | | ○ | #DIV/0! | 0円 |

(様式第8号)

第 号

診療所等賃上げ支援事業給付金確定通知書

(所在地)

(法人名)

(保険医療機関等名)

(代表者職・氏名) 様

年 月 日付で報告のあった診療所等賃上げ支援事業給付金については、千葉県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業給付金支給要綱第16条の規定により、下記のとおり支給額を確定したので通知します。

年 月 日

千葉県知事

記

確定額 金 _____ 円