

※別紙は1施設ごとに1枚作成してください。

要綱第3（1）ア、イに該当する介護・障害福祉サービス事業を運営する医療機関は、それぞれ「介護サービス事業所等用」、「障害福祉サービス事業所用」の別紙を併せてご提出ください。

施設名称	
施設所在地	

施設類型			単価		医療機関等コード	病床数	申請金額
病院 ※	一般・療養病床	高度急性期	50,000	円/病床			
		急性期	25,000	円/病床			
		回復期	15,000	円/病床			
		慢性期	15,000	円/病床			
	精神病床		15,000	円/病床			
	感染症病床		25,000	円/病床			
	結核病床		25,000	円/病床			
診療所 ※	有床診療所〈病床数が2床以上〉		15,000	円/病床			
	有床診療所〈病床数が1床〉		20,000	円/事業所			
	無床診療所 (医科、歯科)		20,000	円/事業所			
施術所	はり師、きゅう師、あんま師、 柔道整復師		20,000	円/事業所			
歯科技工所	歯科技工所		16,500	円/事業所			
薬局	薬局		20,000	円/事業所			
小計							

※ 病床数の記載については、別添「病床数の計上方法について」をご参照ください。

特別高圧加算【特別高圧で受電する施設のみ記載してください。】（注意）高圧は対象ではありません。

				電気使用量[kWh]	申請金額
使用月	令和7年1月～2月	1.3	円/kWh		
	令和7年3月	0.7	円/kWh		
小計 ※小数点以下切り捨て					

◎提出の際は、特別高圧で受電していることを証する書類及び電気使用量が分かる書類を必ず添付してください。

食材料費支援【病院及び有床診療所のみ記載してください。】

施設類型	単価		医療機関等コード	病床数	申請金額
病院	9,140	円/病床			
有床診療所	9,140	円/病床			

◎休床中の許可病床数も含む。（ただし、申請時点で許可病床が全て休床中の場合は交付対象外）

- 【申請にあたっての留意事項】
- 事業休止中は、交付対象外です。