

医療・介護等支援パッケージ

医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業費 補助金交付申請要領

〔受付期間〕

令和8年5月8日（金）から令和8年6月19日（金）まで

〔申請方法・申請先〕

申請方法：電子申請

申請先：医療機関等賃上げ・物価上昇支援事業補助金事務局

申請フォーム：<https://8d944755.form.kintoneapp.com/public/w-bucchin-shien>

〔お問い合わせ先〕

➤ 支援金の申請方法についてのお問い合わせ

医療機関等賃上げ・物価上昇支援事業補助金事務局

電話番号：0120-969-861（受付時間 9:00～17:00 土日祝日を除く）

F A X：073-499-5194

メールアドレス：wakayama_shienkin9@nta.co.jp

令和8年5月
和歌山県

目 次

I 趣 旨	3
II 事業の内容.....	3
1. 事業の対象.....	3
2. 補助金の額.....	4
III 交付申請手続.....	5
1. 受付期間	5
2. 申請手続	5
2-1. 手続きの流れ	5
2-2. 申請方法.....	6
2-3. 申請書類.....	6
2-4. 補助金交付.....	8
2-5. 事業の変更等.....	8
2-6. 事業の中止等.....	8
2-7. 変更交付申請.....	8
2-8. 実績報告.....	8
IV 留意事項	9

I 趣 旨

賃金・物価上昇の影響を受けている県内医療機関等に対し、医療機関等の従事者の処遇改善を支援するとともに、物価上昇の影響に対して支援するもの。

II 事業の内容

1. 事業の対象

【賃上げ支援事業】

□医療機関（診療所（医科・歯科））、訪問看護ステーション

要件…県内の保険医療機関等（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。）であり、以下のいずれかに該当すること。

・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（※1）を届け出ている施設

・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施設（※1）「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。

□薬局

要件…県内の保険薬局（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。）であり、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施設であること。

○留意事項

賃上げ支援の対象職員は、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。）であり、次に掲げる者以外であること。

- ①対象医療機関等の管理者
- ②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
- ③薬局の開設者

【物価支援事業】

□医療機関（診療所（医科・歯科））

要件…県内の保険医療機関（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。）

□薬局

要件…県内の保険薬局（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。）

2. 補助金の額

【賃上げ支援事業】

次の表に定める額と、2-8. で実績報告を行った賃金改善の総額とを比較して少ない方の額を交付額とする。（1,000円未満切り捨て）

【物価支援事業】

次の表のとおり。（1,000円未満切り捨て）

<有床診療所>

	支援額（1床あたり）
賃上げ支援事業	72,000円（※1）
物価支援事業	13,000円（※2）

（※1）2床以下：1施設あたり一律150,000円（病床数は使用許可病床数。）

（※2）13床以下：1施設あたり一律170,000円（病床数は使用許可病床数。）

<無床診療所>

	支援額（1施設あたり）
賃上げ支援事業	150,000円
物価支援事業	170,000円

<訪問看護ステーション>

	支援額（1施設あたり）
賃上げ支援事業	228,000円

<保険薬局>

	支援額（1施設あたり）		
	（所属する同一グループ内あたりの薬局数（※3）に応じて傾斜配分）		
	～5店舗	6～19店舗	20店舗～
賃上げ支援事業	145,000円	105,000円	70,000円
物価支援事業	85,000円	75,000円	50,000円

（※3）近畿厚生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（別紙様式3）または特掲診療料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。

Ⅲ 交付申請手続

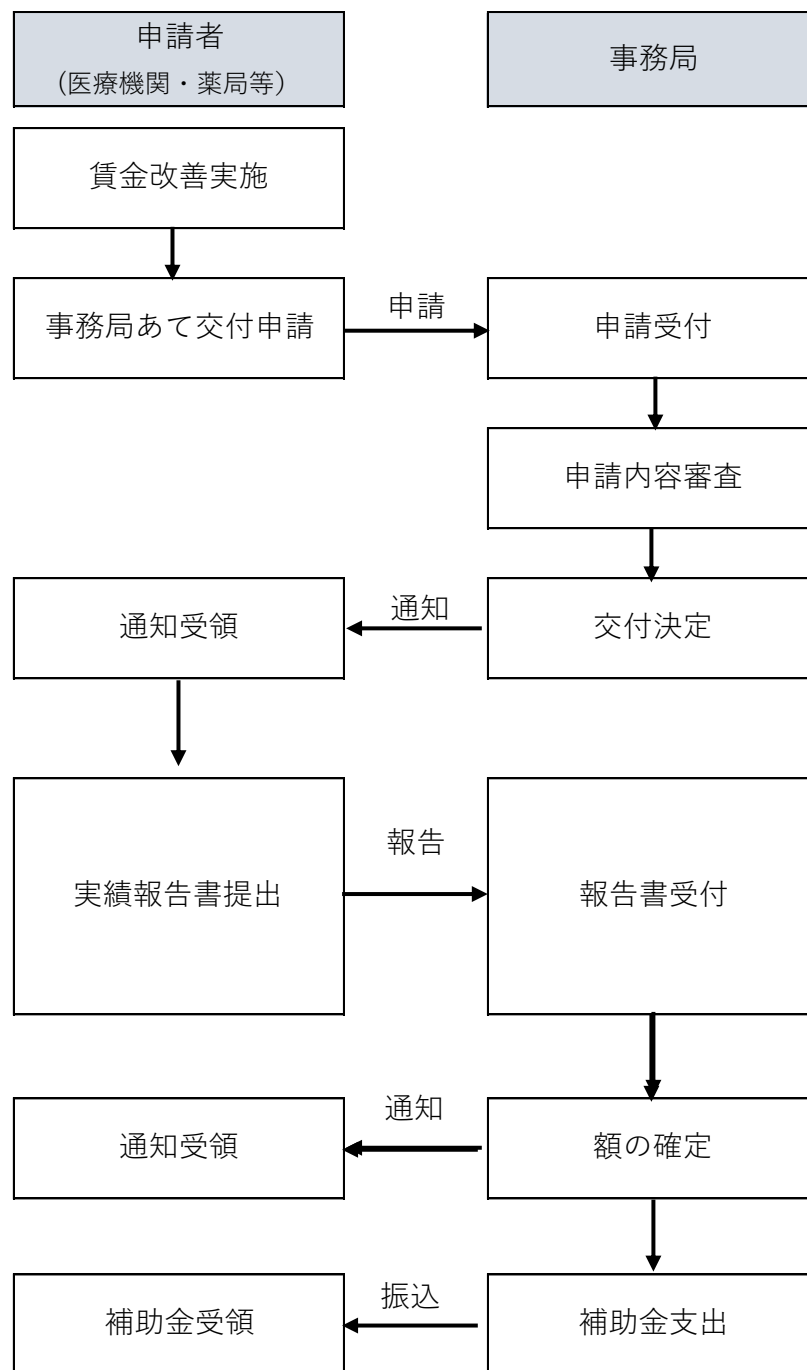
1. 受付期間

令和8年6月19日（金）まで

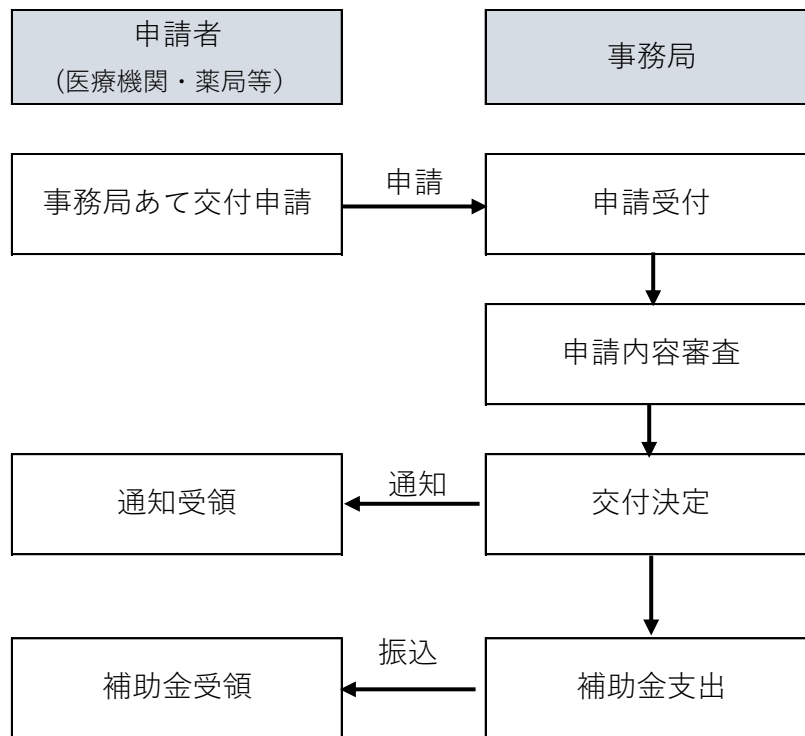
2. 申請手続

2-1. 手続の流れ

【賃上げ支援事業】



【物価支援事業】



2-2. 申請方法

2-3. の書類を電子申請にて入力又は提出

※申請は賃上げ支援事業、物価支援事業のいずれも申請することはできるが、両事業とも申請する場合はあわせて1回で行っていただきます。（両事業を申請する場合は、2回に分けて申請することはできません。）

※法人で複数施設について申請する場合は、原則全ての施設分を1回の申請で行ってください。

【申請先】

申請フォーム：<https://8d944755.form.kintoneapp.com/public/w-bucchin-shien>

2-3. 申請書類

【賃上げ支援事業】

入力（提出）書類	確認事項
①診療所等賃上げ支援事業交付申請書（申請フォーム）	（共通） <input type="checkbox"/> 申請年月日は入力されているか。 <input type="checkbox"/> 事務担当者欄の氏名、電話番号、電子メールは入力されているか。 <input type="checkbox"/> 住所（交付決定通知書等送付希望先）が入力されているか。 ※事務局からの交付決定通知書等の送付先住所 <input type="checkbox"/> 交付申請額は入力されているか。 <input type="checkbox"/> 振込口座欄に入力した振込先は申請者名義のものか。

	<input type="checkbox"/> 誓約事項すべての項目にチェックが入っているか。 (申請者が法人の場合) <input type="checkbox"/> 開設者欄は法人名称及び代表者の職氏名が入力されているか。 <input type="checkbox"/> 開設者住所・所在地欄は法人の主たる事務所所在地が入力されているか。 (申請者が個人の場合) <input type="checkbox"/> 開設者欄は開設者の個人名が入力されているか。 <input type="checkbox"/> 開設者住所・所在地欄は開設者の住所地が入力されているか。
②診療所等賃上げ支援事業計画書 (申請フォーム)	(共通) <input type="checkbox"/> 開設者、施設名称、保険医療機関コード、管理者の欄が入力されているか。 <input type="checkbox"/> 対象施設であることの申出の該当要件にチェックが入力されているか。 <input type="checkbox"/> その他要件を満たすことの確認・誓約等にチェックが入力されているか。 <input type="checkbox"/> 算定額、申請額を入力しているか。 <input type="checkbox"/> 有床診療所、無床診療所、訪問看護ステーションの場合、別紙を入力しているか。 (申請施設が複数ある場合) <input type="checkbox"/> 1施設ごとに1枚入力しているか。 <input type="checkbox"/> 施設ごとの通し番号を入力しているか。
③通帳の写し	<input type="checkbox"/> 表紙、見開き等、①の振込口座欄に記載した内容の全てが確認できる部分をコピーし、添付しているか。
④役員名簿 (別紙様式3) ※法人の場合のみ	<input type="checkbox"/> 法人の登記事項証明書に記載されている役員全員の情報を記入しているか。

【物価支援事業】

入力(提出)書類	確認事項
①診療所等物価支援事業交付申請書 (申請フォーム)	(共通) <input type="checkbox"/> 申請年月日は入力されているか。 <input type="checkbox"/> 事務担当者欄の氏名、電話番号、電子メールは入力されているか。 <input type="checkbox"/> 住所(交付決定通知書等送付希望先)が入力されているか。 ※事務局からの交付決定通知書等の送付先住所 <input type="checkbox"/> 交付申請額は入力されているか。 <input type="checkbox"/> 振込口座欄に記載した振込先は申請者名義のものか。 <input type="checkbox"/> 誓約事項すべての項目にチェックが入っているか。 (申請者が法人の場合) <input type="checkbox"/> 開設者欄は法人名称及び代表者の職氏名が入力されているか。 <input type="checkbox"/> 開設者住所・所在地欄は法人の主たる事務所所在地が入力されているか。 (申請者が個人の場合) <input type="checkbox"/> 開設者欄は開設者の個人名が入力されているか。 <input type="checkbox"/> 開設者住所・所在地欄は開設者の住所地が入力されているか。
②診療所等物価支援事業計画書兼実績報告書 (申請フォーム)	(共通) <input type="checkbox"/> 開設者、施設名称、保険医療機関コード、管理者の欄が入力されているか。 <input type="checkbox"/> 算定額、申請額を入力しているか。 (申請施設が複数ある場合) <input type="checkbox"/> 1施設ごとに1枚作成しているか。 <input type="checkbox"/> 施設ごとの通し番号を入力しているか。

③通帳の写し	□表紙、見開き等、①の振込口座欄に記載した内容の全てが確認できる部分をコピーし、添付しているか。
④役員名簿 (別紙様式3) ※法人の場合のみ	□法人の登記事項証明書に記載されている役員全員の情報を記入しているか。

2-4. 補助金交付

県は提出された申請書類を審査し、申請者に対して補助金の交付を行います。

※提出書類の内容について、電話等で問い合わせる場合があります。

※申請が殺到する等の理由により、交付申請から交付まで時間を要する場合があります。

※賃上げ支援事業については、2-8. 「診療所等賃上げ支援事業実績報告書（賃金改善報告書）」を確認後、額の確定をしてから支払いを行います。

2-5. 事業の変更等

補助金交付決定後にやむを得ない理由により補助対象事業を変更して事業を実施する場合は、速やかに「変更承認申請書（別紙様式6）」を提出し、県の承認を受けてください。

2-6. 事業の中止等

補助金交付決定後にやむを得ない理由により補助対象事業を中止又は廃止しようとする場合は、速やかに「中止（廃止）承認申請書（別紙様式7）」を提出し、県の承認を受けてください。

2-7. 事業の変更交付申請

賃上げ支援事業について、補助金交付決定後に事情の変更により、補助金額の変更交付を申請しようとする場合は、「変更交付申請書（別紙様式8）」、「診療所等賃上げ支援事業変更計画書（別紙様式9）」、その他変更内容が分かる書類を提出してください。

2-8. 実績報告

賃上げ支援事業については、交付決定通知書受領及び事業完了後、令和8年8月1日までに「診療所等賃上げ支援事業実績報告書（賃金改善報告書）（別紙様式10）」及び「診療所等賃上げ支援事業実績報告書（賃金改善報告書）（個票）（別紙様式11）」を提出してください。

「診療所等賃上げ支援事業実績報告書（賃金改善報告書）（別紙様式10）」は申請者ごとに、「診療所等賃上げ支援事業実績報告書（賃金改善報告書）（個票）（別紙様式11）」は施設ごとに作成してください。

提出書類	確認事項
①診療所等賃上げ支援事業実績報告書（賃金改善報告書） （別紙様式10）	（共通） <input type="checkbox"/> 自社規定において、発送する文書に番号をつけることとなっている場合は、番号欄に記載されているか。（番号をつけない場合は空欄で構いません） <input type="checkbox"/> 報告年月日が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 交付決定通知書の日付、番号は記載しているか。 <input type="checkbox"/> 対象職員の賃金改善実績の有無が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 令和8年6月1日以降のベースアップ月額水準の維持・拡大実施の有無が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 賃金改善の総額について、別紙様式11で報告する全施設の集計値が入力できているか。 <input type="checkbox"/> 賃上げ支援事業の交付決定額が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 別紙賃金改善の総額一覧の各項目を漏れなく記載し、添付しているか。 （申請者が法人の場合） <input type="checkbox"/> 申請者住所は法人の主たる事務所所在地が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 申請者氏名は法人名称及び代表者の職氏名が記載されているか。 （申請者が個人の場合） <input type="checkbox"/> 申請者住所は開設者の住所地が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 申請者は開設者の個人名が記載されているか。
診療所等賃上げ支援事業実績報告書（賃金改善報告書）（個票）（別紙様式11）	（共通） <input type="checkbox"/> 施設の名称、所在地、保険医療機関コード、ベースアップ評価料の届出欄が入力されているか。 <input type="checkbox"/> 賃金改善実績の有無が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 対象人数（常勤換算数）、月額または一時金支給額、月数、令和8年6月1日以降のベースアップ月額水準が入力できているか。 <input type="checkbox"/> 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、当該2.0%を上回る部分に補助金を充てた場合は別紙【2.0超部分算定シート】を作成しているか。また、作成している場合は着色セル部分に入力できているか。 （申請施設が複数ある場合） <input type="checkbox"/> 1施設ごとに1枚作成しているか。 <input type="checkbox"/> 施設ごとの通し番号を記入しているか。

IV 留意事項

- * 申請は1施設につき事業ごとに1回に限るものとし、複数回補助を受けることはできません。
- * 国の会計検査があった際、関係書類を交えて事業内容を説明できない場合、補助金を返還する必要がありますので、本事業の収支に関する帳簿、領収書等の関係書類は、整理の上、5年間保管してください。
- * 補助金の支払後、提出書類の記載事項に虚偽が判明した場合は、補助金を返還していただきます。
- * 提出書類に記載された個人情報については、申請に係る事務処理に利用する他、他の補助金を受けていないかを調査するために利用することがあります。