

6 福薬業発第 6 7 号
令和 6 年 5 月 8 日

各地区薬剤師会会長 殿

公益社団法人福岡県薬剤師会
常務理事 竹野 将行
常務理事 永嶋 友洋

福岡県電子処方箋導入促進費補助金の申請について

平素より本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、福岡県では、電子処方箋の活用・普及の促進を図る目的で、「福岡県電子処方箋導入促進事業」が実施されることについて、令和 6 年 2 月 20 日付 5 福薬業発第 489 号にて情報提供したところです。

今般、福岡県保健医療介護部より、申請方法等の詳細について、別添のとおり連絡がありましたのでお知らせいたします。

標記補助金は、国（社会保険診療報酬支払基金）における電子処方箋管理サービスの導入に関する補助金の交付決定を受けた保険医療機関・保険薬局が対象となります。国と県の補助金を合わせて受け取った場合、導入費用に対する財政支援全体の割合は最大で、大型チェーン以外の薬局の場合は 4 分の 3、大型チェーン薬局の場合は 2 分の 1 となります。

ご多忙とは存じますが、貴会会員へご周知くださいますようお願い申し上げます。

◆福岡県ホームページ

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/denshishohousen.html>

県への申請期間：令和 6 年 5 月 13 日から※令和 7 年 1 月 31 日まで（必着）

※県に補助金を申請する前に、電子処方箋管理サービスを施設に導入した上で、先に国（社会保険診療報酬支払基金）へ補助金を申請し、その補助金の交付決定を受けておく必要があります。

国（社会保険診療報酬支払基金）の補助金交付手続きに約 2 か月程度の時間を要します。

※県への申請期限が令和 7 年 1 月 31 日のため、期限に間に合わせるためには、遅くとも国（社会保険診療報酬支払基金）への補助金申請を令和 6 年 11 月末までに行う必要があります。

県の補助金の活用を検討される場合は、お早めにシステムベンダ等にご導入をご相談ください。

各関係団体の長 殿

福岡県保健医療介護部長

(薬 務 課)

福岡県電子処方箋導入促進費補助金の申請について

平素から、本県の保健医療介護行政の推進につきましては、格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、県では、電子処方箋の活用・普及の促進を図るため、電子処方箋管理サービスの導入に向けた保険医療機関等のシステム整備に係る費用の負担に対して補助金を交付することとしました。

標記補助金は、国（社会保険診療報酬支払基金）における電子処方箋管理サービスの導入に関する補助金の交付決定を受けた保険医療機関・保険薬局を対象としており、下記事務局で令和 6 年 5 月 1 3 日から令和 7 年 1 月 3 1 日まで申請を受け付けますのでお知らせします。

申請方法等については、保険医療機関等へ個別に案内を送付するとともに、県ホームページに掲載していますので、貴会会員に対して周知していただきますようお願いいたします。

なお、本補助金の申請書には申請者の署名又は押印が必要ですので、郵送のみの受付とさせていただきます。

【県ホームページ】

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/denshishohousen.html>

【問合せ・提出先】

福岡県電子処方箋導入促進費補助金事務局

〒810-0022 福岡市中央区薬院1丁目17-28

TOPPAN九州事業部内

TEL：050-3628-7974

受付時間：平日 9時00分から17時00分

（令和6年5月13日から事務局を開設します。）



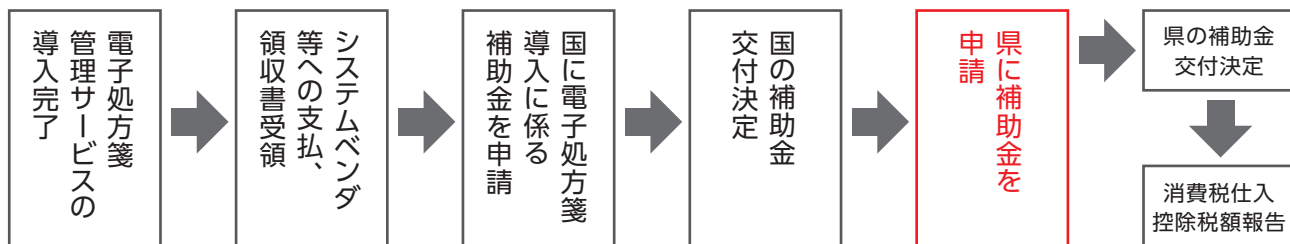
QRコード

電子処方箋の導入費用を国の補助金に加えて助成します！

福岡県電子処方箋導入促進費補助金のお知らせ

申請の流れ

補助対象:国(社会保険診療報酬支払基金)の補助金の交付決定を受けた保険医療機関、保険薬局



申請区分、補助率、補助上限額

申請区分	県補助金	大規模病院 (病床数200床以上)	病院 (大規模病院以外)	診療所	薬局
①基本機能部分 (従前補助)	補助率	1/6	1/6	1/4	1/4
	補助上限額	811,000円	543,000円	97,000円	97,000円
②追加機能部分 ※既に基本機能を導入している施設	補助率	1/6	1/6	1/4	1/4
	補助上限額	226,000円	167,000円	61,000円	64,000円
③基本機能+追加機能部分 ※同時導入	補助率	1/6	1/6	1/4	1/4
	補助上限額	1,003,000円	676,000円	135,000円	138,000円

※国と県の補助金を合わせて受け取った場合、導入費用に対する財政支援全体の割合は最大で

病院:1/2、診療所・薬局(大型 除く):3/4、大型チェーン薬局:1/2となります！

申請方法

郵送のみの受付。申請期限:令和7年1月31日(金)必着

※申請書(署名または押印が必要)に添付書類を添えて下記事務局まで提出してください。

添付書類:①電子処方箋管理サービス導入に関する領収書(写し)及び領収書内訳書(写し)

②支払基金から発行された電子処方箋管理サービスの導入に係る補助金交付決定通知書(写し)

③振込先口座の確認できる通帳等(写し)

留意事項

県に補助金を申請する前に、国(社会保険診療報酬支払基金)における電子処方箋管理サービスの導入に関する補助金を申請し、補助金交付決定を受ける必要があります。国の補助金手続に約2ヵ月程度の時間を要しますので、県の補助金の活用を検討される場合は、早めにシステムベンダ等へ導入をご相談ください。

お問い合わせ・提出先

福岡県電子処方箋導入促進費補助金事務局

〒810-0022 福岡市中央区薬院1丁目17-28 TOPPAN九州事業部内

☎ 050-3628-7974 (受付時間:平日 9:00~17:00)



二次元コード

よくあるご質問

Q どのような施設が補助の対象となりますか？

A 国(社会保険診療報酬支払基金)の電子処方箋管理サービスに関連する補助金の交付決定を受けた保険医療機関(医科、歯科)、保険薬局が補助の対象となります。

Q 既に国の補助金の交付決定を受けて、電子処方箋の運用を開始していますが、県の補助金は申請できますか？

A 既に電子処方箋管理サービスを導入して、国の補助金の交付決定を受けた施設であれば、県の補助金は申請可能です。(特に国の補助金を受けた時期の遡及期限を設定しているものではありません。)

Q 申請の際に、①基本機能のみ、②追加機能のみ、③基本機能と追加機能の同時導入、どの区分を選択すればよいですか？

A 国の補助金に申請した際に選択した区分と同じ区分で申請してください。
なお、国の補助金交付決定通知書の表題(タイトル)により見分けることが可能です。
(詳細は、申請書の記入例(裏面)をご確認ください。)

Q 申請期限である令和7年1月31日に間に合わせるためには、国の補助金は、いつまでに申請すればよいですか？

A 国の補助金手続きに約2カ月程度の時間を要するため、遅くとも令和6年11月末までに国の補助金交付申請を行う必要があります。

Q 県の補助金について、申請期限が延期される予定はないですか？

A 県の補助金は、厚生労働省が実施する「医療提供体制推進事業費補助金(電子処方箋の活用・普及の促進事業)」を財源としており、令和6年度の単年度事業であることから、申請期限が延期される予定はありません。

Q 県の補助金の交付条件として、「県が別に指定する電子処方箋に関する取組に協力すること」と示されていますが、具体的にはどのような取組を想定していますか？

A 電子処方箋に関する取組については、別途、ご案内する予定ですが、まずは県の補助金交付決定通知書に同封するポスターの掲示に協力いただくことを想定しています。

福岡県電子処方箋導入促進費補助金交付申請書(兼)実績報告書

申請日：令和 年 月 日

住所又は所在地

〒

開設者名(法人名)

代表者氏名

印

(署名または押印)

標記について、次により補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請する。

施設名称			
担当者名／連絡先 ／メールアドレス			

1. 該当する区分に○を記入してください。

☐ ①大規模病院 (病床数200床以上)	☐ ②病院 (大規模病院以外)	☐ ③診療所	☐ ④薬局
--	---	-------------------------------	------------------------------

2. 保険医療機関コード(10桁)を記入してください。

保険医療 機関コード									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. 電子処方箋管理サービスを導入した日付を記入してください。

令和 年 月 日

4. 該当する申請区分のいずれか一つに○を記入してください。(基金に申請した内容と同じものを選択)

☐ ①基本機能のみ (要綱4条(1))	☐ ②追加機能のみ (要綱4条(2))	☐ ③基本機能と追加機能の同時導入 (要綱4条(3))
---	---	---

5. 電子処方箋管理サービスにかかった金額のうち、補助金対象となる分の金額を記入してください。

対象事業費		円	※国(社会保険診療報酬支払基金)に申請し、対象事業費として認められた金額を記入してください。
比較額	0	円	※対象事業費に補助率をかけた比較額(一円未満切り捨て)。Excel表の場合は自動算出されます。
補助上限額	0	円	※医療機関等の区分及び申請区分に応じた補助上限額。Excel表の場合は自動算出されます。
申請額	0	円	※「比較額」と「補助上限額」のうち低いほうの金額(千円未満切り捨て)。Excel表の場合は自動算出されます。

寄付金等 チェック欄	
---------------	--

※事業費について、国(社会保険診療報酬支払基金)の補助金以外に控除すべき寄付金やその他の収入がある場合は、左側のチェック欄に○を記入してください。

6. 裏面の【確認事項】を確認いただき、○を記入してください。

確認事項		※裏面の【確認事項】には、補助対象施設の要件、補助金の交付条件、同意事項を記載していますので、ご確認のうえ、○印を記入してください。
------	--	--

7. 振込口座情報を入力してください。

金融機関名				金融機関 コード				
支店名				支店コード				
預金種類		1：普通(総合)		2：当座				
口座番号 (左詰め)								
(フリガナ)								
取引口座名								

裏面

【確認事項】

①	健康保険法(大正11年法律第70号)第63条第3項各号に規定する病院若しくは診療所又は薬局であって、令和4年6月30日薬生総発第1号厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長通知「医療提供体制設備整備交付金実施要領(電子処方箋管理サービス)」(以下「要領」という。)の「第2 交付対象事業」の1に規定される事業を実施し、社会保険診療報酬支払基金(以下「基金」という。)から要領の「第9 交付等の決定及び通知」の通知(補助金交付決定通知書)を受けた施設であること。
②	オンライン資格確認等システムを運用開始した上で、電子処方箋管理サービスを利用できる環境を整備(電子署名に必要なHPKIカード等の保有も含む)し、実際に電子処方箋管理サービスを継続して実施すること。
③	県が別に指示する電子処方箋に関する取組(モニター、アンケート、セミナー、広報資材作成、データ提供、ポスター掲示、リーフレット配布、デジタルサイネージ表示等)に協力すること。
④	「福岡県電子処方箋導入促進費補助金交付要綱」(以下「要綱」という。)第6条を遵守すること。
⑤	要綱第10条に基づく「消費税仕入控除税額の確定に伴う報告」を行うこと。
⑥	個人情報の取扱いに関して、補助金の交付手続きに必要な範囲で事務局と共有することに同意すること。

【添付書類】

①	電子処方箋管理サービス導入に関する <u>領収書(写し)</u> 及び <u>領収書内訳書(写し)</u> ※社会保険診療報酬支払基金に提出した書類(対象事業費が確認できるもの)を添付。
②	社会保険診療報酬支払基金から発行された「 <u>電子処方箋管理サービスの導入に必要なとなる端末の購入等に係る補助金交付決定通知書</u> 」(写し)又は「 <u>電子処方箋管理サービスの新機能の導入に必要なとなるシステム改修等に係る助成金交付決定通知書</u> 」(写し)
③	振込先の <u>通帳の見開きページ(写し)</u> ※フリガナ・口座番号等が確認できるページ

【申請区分、補助率、補助上限額】

- ① 電子処方箋管理サービスの基本機能(③に掲げるものを除く)を導入するために行うシステム改修等に係る事業(要綱第4条(1))

区分	補助率	補助上限額
①大規模病院(病床数200床以上)	1/6	811,000円
②病院(大規模病院以外)	1/6	543,000円
③診療所	1/4	97,000円
④薬局	1/4	97,000円

- ② 電子処方箋管理サービスの基本機能とは別に追加機能を導入するために行うシステム改修等に係る事業(要綱第4条(2))

区分	補助率	補助上限額
①大規模病院(病床数200床以上)	1/6	226,000円
②病院(大規模病院以外)	1/6	167,000円
③診療所	1/4	61,000円
④薬局	1/4	64,000円

- ③ 電子処方箋管理サービスの基本機能と追加機能を同時に導入するために行うシステム改修等に係る事業(要綱第4条(3))

区分	補助率	補助上限額
①大規模病院(病床数200床以上)	1/6	1,003,000円
②病院(大規模病院以外)	1/6	676,000円
③診療所	1/4	135,000円
④薬局	1/4	138,000円

記入例

福岡県電子処方箋導入促進費補助金交付申請書(兼)実績報告書

申請日:令和 6 年 5 月 13 日

住所又は所在地 〒812-8577 福岡市博多区東公園7-7

開設者名(法人名) 医療法人〇〇会

代表者氏名 福岡 一郎

(署名または押印)

交付決定通知書の送付先となりますので、確実に郵便物が届く住所を記入してください。

印

標記について、次により補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請する

必ず、署名又は
押印をお願いします。

施設名称	〇〇診療所		
担当者名／連絡先／メールアドレス	福岡 花子	092-643-0000	〇〇〇@pref.fukuoka.lg.jp

1. 該当する区分に○を記入してください。

①大規模病院
(病床数200床以上)

②病院
(大規模病院以外)

③診療所

④薬局

2. 保険医療機関コード(10桁)を記入してください。

保険医療 機関コード	4	0	1	電子処方箋管理サービスの使用が 可能となった日を記載ください。	6	7	8
---------------	---	---	---	------------------------------------	---	---	---

3. 電子処方箋管理サービスを導入した日付を記入してください。

令和 6 年 4 月 1 日

4. 該当する申請区分のいずれか一つに○を記入してください

○	①基本機能のみ (要綱4条(1))	②追加機能のみ (要綱4条(2))
---	----------------------	----------------------

5. 電子処方箋管理サービスにかかった金額のうち、補助金

対象事業費	363,000	円
-------	---------	---

①基本機能部分(従前補助)

②追記機能部分(既に基本機能を導入済の施設)

③基本機能と追加機能の同時導入

※社会保険診療報酬支払基金(以下「基金」という)に申請した内容と同じものを選択

※①基本機能部分で県に申請した後、②の追加機能部分を導入し、基金の交付決定を受けた場合は、②についても別途、県に申請が可能

比較額	90.750	円
-----	--------	---

補助上限額	97.000	円
-------	--------	---

申請額	90.000	円
-----	--------	---

寄付金等 チェック欄	
---------------	--

6. 裏面の【確認事項】を確認し、控除すべき寄付金等の額を ください。

確認事項	○
------	---

※「寄付金等チェック欄」に○を記入された方には、後日、控除すべき寄付金等の額を確認し、上記の申請額と控除した額とを比較して少ない方の額を交付額とします。

施設の要件、補助金の交付条件、同意事項を記載していますので、
さい。

7. 振込口座情報を入力してください。

金融機関名	〇〇銀行			金融機関コード	9	8	7	6
支店名	〇〇支店			支店コード	7	7	7	
預金種類	1:普通(総合)	1:普通(総合)			2:当座			
口座番号(左詰め)	0	6	5	4	3	2	1	0
(フリガナ)	マルマルシンリョウショ							
取引口座名	〇〇診療所							

【確認事項】

①	健康保険法(大正11年法律第70号)第63条第3項各号に規定する病院若て、令和4年6月30日薬生総発第1号厚生労働省医薬・生活衛生局総務課備交付金実施要領(電子処方箋管理サービス)(以下「要領」という。))の「第6条」に規定される事業を実施し、社会保険診療報酬支払基金(以下「基金」という。))から要領の「第9条」に規定する交付等の決定及び通知(補助金交付決定通知書)を受けた施設であること。	①国(社会保険診療報酬支払基金)の電子処方箋管理サービスに関連する補助金の交付決定を受けていること。
②	オンライン資格確認等システムを運用開始した上で、電子処方箋管理サービス導入に必要なHPKIカード等の保有も含む)し、実際に電子処方箋管理サービス導入を開始している施設であること。	②電子処方箋管理サービスを導入し、運用を開始している施設であること。
③	県が別に指示する電子処方箋に関する取組(モニター、アンケート、セミナー、ポスター掲示、リーフレット配布、デジタルサイネージ表示等)に協力すること。	③電子処方箋に関する取組については、別途、ご案内します。
④	「福岡県電子処方箋導入促進費補助金交付要綱」(以下「要綱」という。))第6条に規定される事業を実施すること。	④補助金の交付決定の際に付される条件となります。
⑤	要綱第10条に基づく「消費税仕入控除税額の確定に伴う報告」を行うこと。	
⑥	個人情報の取扱いに関して、補助金の交付手続きに必要な範囲で事務局と共有することに同意すること。	

【添付書類】

①	電子処方箋管理サービス導入に関する <u>領収書(写し)</u> 及び <u>領収書内訳書(写し)</u> ※社会保険診療報酬支払基金に提出した書類(対象事業費が確認できるもの)を添付。
②	社会保険診療報酬支払基金から発行された「 <u>電子処方箋管理サービスの導入に必要となる端末の購入等に係る補助金交付決定通知書(写し)</u> 」又は「 <u>電子処方箋管理サービスの新機能の導入に必要となるシステム改修等に係る助成金交付決定通知書(写し)</u> 」
③	振込先の <u>通帳の見開きページ(写し)</u>

【申請区分、補助率、補助上限額】

① 電子処方箋管理サービスの基本機能と追加機能を同時に導入するためのシステム改修等に係る事業(要綱第4条(1))

区分
①大規模病院(病床数200床以上)
②病院(大規模病院以外)
③診療所
④薬局

※補助金交付決定通知書(写し)について

申請区分①基本機能のみ(要綱4条(1))で申請する場合
・「電子処方箋管理サービスの導入に必要となる端末の購入等に係る補助金交付決定通知書(写し)」又は
・「電子処方箋管理サービスの導入に必要となる端末の購入等に係る補助金交付決定通知書(初期導入のみ)」(写し)

申請区分②追加機能のみ(要綱4条(2))で申請する場合
・「電子処方箋管理サービスの新機能の導入に必要となるシステム改修等に係る助成金交付決定通知書(写し)」

申請区分③基本機能と追加機能の同時導入(要綱4条(3))で申請する場合
・「電子処方箋管理サービスの導入に必要となる端末の購入等に係る補助金交付決定通知書(初期導入と新機能の同時導入)」(写し)

② 電子処方箋管理サービスの基本機能と追加機能を同時に導入するためのシステム改修等に係る事業(要綱第4条(2))

区分	補助率	補助上限額
①大規模病院(病床数200床以上)	1/6	226,000円
②病院(大規模病院以外)	1/6	167,000円
③診療所	1/4	61,000円
④薬局	1/4	64,000円

③ 電子処方箋管理サービスの基本機能と追加機能を同時に導入するためのシステム改修等に係る事業(要綱第4条(3))

区分	補助率	補助上限額
①大規模病院(病床数200床以上)	1/6	226,000円
②病院(大規模病院以外)	1/6	167,000円
③診療所	1/4	61,000円
④薬局	1/4	64,000円

※追加機能とは
「リフィル処方箋」「口頭同意による重複投薬等チェック結果の閲覧」「マイナンバーカード署名」「処方箋ID検索」「調剤結果ID検索」に関する機能。