

7 福薬業発第 3 6 9 号  
令和 8 年 1 月 1 5 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 永嶋 友洋

令和 7 年度福岡県医療機関等物価高騰対策支援金の申請について  
(令和 8 年 1 月受付開始分)

平素より本会会務に格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、福岡県保健医療介護部より標記支援金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。

標記支援金は、医療機関等のうち物価高騰による影響を診療価格等に転嫁できない保険医療機関等（病院、内科・歯科診療所、薬局、助産所、施術所及び歯科技工所）を対象に、電気代、食材費の上昇に対する支援として給付することとされております。

なお、申請案内は、対象施設へ 1 月 1 6 日（金）より順次個別に送付され、支援金事務局への問合せは 1 月 1 9 日（月）より可能となっております。

ご多忙とは存じますが、よろしくお取り計らいくださいますようお願い申し上げます。

記

参考：福岡県ホームページ

○福岡県医療機関等物価高騰対策支援金の申請について

URL：<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/iryo-bukkakoutou-shien.html>

申請期限：令和 8 年 5 月 2 9 日（金）必着

以 上

公益社団法人福岡県歯科医師会長  
公益社団法人福岡県薬剤師会長  
公益社団法人福岡県病院協会长  
一般社団法人福岡県私設病院協会长  
一般社団法人福岡県精神科病院協会长  
公益社団法人全国自治体病院協議会福岡県支部長  
一般社団法人福岡県助産師会長  
公益社団法人福岡県鍼灸マッサージ師会長  
公益社団法人福岡県柔道整復師会長  
一般社団法人福岡県歯科技工士会長

殿

福岡県保健医療介護部長

(医療指導課)

(薬務課)

令和7年度福岡県医療機関等物価高騰対策支援金の申請について

(令和8年1月受付開始分)

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、国が行う物価高騰対策等を踏まえ、なお電力料金等の顕著な影響が見られる部分について、国の「重点支援地方交付金」を活用し、医療機関等へ今年度の支援金を給付することとしました。

標記支援金は、医療機関等のうち物価高騰による影響を診療価格等に転嫁できない保険医療機関等（病院、医科・歯科診療所、薬局、助産所、施術所及び歯科技工所）を対象に、電気代、食材費の上昇に対する支援として給付することとし、下記事務局で令和8年5月29日（金）まで申請を受付けますのでお知らせします。

つきましては、申請方法等について、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。各施設に対しては、個別に御案内を送付します。

なお、本支援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。

また、対象施設とならない施設は、申請書の提出は不要であることを申し添えます。

【県ホームページ】

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/iryo-bukkakoutou-shien-r8-1.html>

【問合せ・提出先】

福岡県医療機関等物価高騰対策支援金事務局

〒812-0007 福岡市博多区東比恵1-4-10-2F

TEL 092-600-2031

FAX 092-475-5937

令和7年度 福岡県医療機関等物価高騰対策支援金給付申請書

申請日 令和 8 年 月 日

事業所名	
住所又は所在地	
代表者氏名	印

(署名または押印)

標記について、次により支援金を給付されるよう関係書類を添えて申請する。

施設名称	
施設所在地	
担当者／連絡先	/

1. 該当する区分に○を記入してください。

<input type="checkbox"/>	①病院、有床診療所	<input type="checkbox"/>	②無床診療所	<input type="checkbox"/>	③薬局
<input type="checkbox"/>	④助産所	<input type="checkbox"/>	⑤施術所（あはき）	<input type="checkbox"/>	⑥施術所（柔整）
<input type="checkbox"/>	⑦歯科技工所				

2. 保険機関コードを記入してください。

保険機関等コード										
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※ 助産所は、出産育児一時金等請求の助産所コードを記入すること。  
※ 施術所は、受領委任取扱いの登録記号番号を記入すること。  
※ 登録記号番号の無い施術所は、「9999999999」を記入し、保険施術を行っていることが確認できる書類を添付すること。但し、令和6年度以降、本支援による給付を受けた医療機関等については添付不要とします。

3. 令和7年7月1日から令和7年9月30日まで又は令和8年1月1日から令和8年3月31日までのいずれかの時点の許可病床数を記入してください。（病院、有床診療所以外は空欄で可）

許可病床数		床
-------	--	---

4. 該当する電力の受電契約に○を記入してください。

<input type="checkbox"/>	特別高圧	<input type="checkbox"/>	高圧	<input type="checkbox"/>	低圧
--------------------------	------	--------------------------	----	--------------------------	----

※上記特別高圧及び高圧の施設には、ビルなどで一括受電した後に当該施設内で受電する施設を含む。  
※特別高圧または高圧で受電している施設は、そのことがわかる電気料金請求書等を添付すること。但し、令和6年度以降、本支援による給付を受けた医療機関等については添付不要とします。  
※出張のみの施設及び提出された添付書類で特別高圧又は高圧受電施設と判断できない場合は、低圧受電施設とします。

5. 裏面の同意事項に同意する場合は○を記入してください。

同意事項	<input type="checkbox"/>	【重要】記入がない場合、給付できない場合があります。
------	--------------------------	----------------------------

6. 申請額  円

※申請額は裏面を御確認の上、必ずご記入ください。

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 2：当座 4：貯蓄				
口座番号（左詰め）						
口座名義人（カタカナ又は英字）※左詰め上段から記入						

【重要】振込先の通帳の写し（取引口座名等が確認できるページ）を添付してください。

## (同意事項)

次の各事項のいずれにも同意した者でなければこの支援金を交付しない。

- ① 給付対象者の要件を満たしていること
- ② 給付のために提出した書類に虚偽がないこと
- ③ この支援金を重複して申請しないこと

福岡県暴力団排除条例第2条に規定する暴力団員に該当せず、かつ将来にわたっても該当しないこと。また、暴力団員が役員ではなく、暴力団と密接な関係を有しておらず、かつ将来にわたっても該当しないこと

- ④ 虚偽が判明した場合は、この支援金の返還に応じるとともに、この支援金と同額の違約金の支払いに応じること
- ⑤ この支援金の給付手続きに必要な範囲で、県が、この支援金の給付業務を委託する事業者と個人情報を含む申請者の情報を共有すること

## 給付額及び添付書類一覧表

添付書類：①振込先通帳の写し

②電気ご使用量のお知らせ等の写し（特別高圧・高圧電力を受電している施設）

※ 電気のご使用量のお知らせ等は令和7年7月分から令和8年3月分のいずれかの月の写しを提出してください。但し、令和6年度以降、本支援による給付を受けた医療機関等については添付不要とします。

※ 施術所については、受領委任取扱いの登録記号番号又は医療保険（療養費）の対象となる施術を行っていることが確認できる書類の写しが必要です。但し、令和6年度以降、本支援による給付を受けた施術所については添付不要とします。

※ 助産所については、出産育児一時金等請求のための助産所コード通知の写しを添付してください。

区分	電気	給付額	添付書類
病院 有床診療所	特別高圧	46,100円 × 病床数	①、②
	高圧	26,500円 × 病床数	①、②
	低圧	19,700円 × 病床数	①

※ 病院及び有床診療所の給付額は、入院患者に係る食材費の上昇分への支援を含みます。

※ 上記で算出した額が無床診療所の額よりも低い場合は無床診療所の額を支給します。

区分	電気	給付額	添付書類
無床診療所	特別高圧	60,400円/施設	①、②
	高圧	54,600円/施設	①、②
	低圧	35,400円/施設	①
薬局 助産所 施術所 歯科技工所	特別高圧	26,100円/施設	①、②
	高圧	28,100円/施設	①、②
	低圧	10,500円/施設	①

令和7年度 福岡県医療機関等 記入例 金給付申請書

申請日 令和 8 年 1 月 3 0 日

必ず、署名又は押印をお願いします。

事業所名 医療法人 ○○会  
住所又は所在地 福岡市博多区東公園 7-7  
代表者名 福岡 一郎  
(署名または押印)

印

標記について、次により支援金を給付されるよう関係書類を添えて申請する。

施設名称	○○診療所
施設所在地	福岡市博多区東公園 7-7
担当者／連絡先	福岡 一郎 / 092-643-0000

1. 該当する区分に○を記入してください。

<input checked="" type="radio"/>	①病院、有床診療所	<input type="checkbox"/>	②無床診療所	<input type="checkbox"/>	③薬局
<input type="checkbox"/>	④助産所	<input type="checkbox"/>	⑤施術所（あはき）	<input type="checkbox"/>	⑥施術所（柔整）
<input type="checkbox"/>	⑦歯科技工所				

2. 保険機関コードを記入してください。

保険機関等コード	4	0	1	2	3	4	5	6	7	8
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

- ※ 助産所は、出産育児一時金等請求の助産所コードを記入すること。  
※ 施術所は、受領委任取扱いの登録記号番号を記入すること。  
※ 登録記号番号の無い施術所は、「9999999999」を記入し、保険施術を行っていることが確認できる書類を添付すること。但し、令和6年度以降、本支援による給付を受けた医療機関等については添付不要とします。

3. 令和7年7月1日から令和7年9月30日まで又は令和8年1月1日から令和8年3月31日までのいずれかの時点の許可病床数を記入してください。

許可病床数	3	床
-------	---	---

4. 該当する電力の受電契約に○を記入してください。

<input type="checkbox"/>	特別高圧	<input checked="" type="radio"/>	高圧	<input type="checkbox"/>	低圧
--------------------------	------	----------------------------------	----	--------------------------	----

- ※上記特別高圧及び高圧の施設には、ビルなどで一括受電した後に当該施設内で受電する施設を含む。  
※特別高圧または高圧で受電している施設は、そのことがわかる電気料金請求書等を添付すること。但し、令和6年度以降、本支援による給付を受けた医療機関等については添付不要とします。  
※出張のみの施設及び提出された添付書類で特別高圧又は高圧受電施設と判断できない場合は、低圧受電施設とします。

5. 裏面の同意事項に同意する場合は○を記入してください。

同意事項	<input checked="" type="radio"/>	【重要】記入がない場合、給付できない場合があります。
------	----------------------------------	----------------------------

6. 申請額 79,500 円

※給付額は裏面を御確認の上、必ずご記入ください。

7. 振込口座情報を入力してください。

金融機関名	○○銀行	金融機関コード	9	8	7	6					
支店名	△△支店	支店コード	7	7	7						
預金種類	1	1: 普通 2: 当座 4: 貯蓄									
口座番号(左詰め)	0	6	5	4	3	2	1	0			
口座名義人(カタカナ又は英字)※左詰め上段から記入	イ	)	マ	ル	マ	ル	カ	イ		マ	ル
	マ	ル	シ	ン	リ	ヨ	ウ	ジ	ヨ		

【重要】振込先の通帳の写し（取引口座名等が確認できるページ）を添付してください。

(同意事項)

次の各事項のいずれにも同意した者でなければこの支援金を交付しない。

- ① 給付対象者の要件を満たしていること
- ② 給付のために提出した書類に虚偽がないこと
- ③ この支援金を重複して申請しないこと

福岡県暴力団排除条例第2条に規定する暴力団員に該当せず、かつ将来にわたっても該当しないこと。また、暴力団員が役員ではなく、暴力団と密接な関係を有しておらず、かつ将来にわたっても該当しないこと

⑤ 虚偽が判明した場合は、この支援金の返還に応じるとともに、この支援金と同額の違約金の支払いに応じること

⑥ この支援金の給付手続きに必要な範囲で、県が、この支援金給付業務を委託する事業者と個人情報を含む申請者の情報を共有すること

(本支援金の給付対象者)

申請日において福岡県内の国、県、市町村又は一部事務組合等直営の施設を除く次の各号の施設を開設又は管理する者とする。ただし、令和8年4月1日以降に新規開設した施設（移転による開設等事業を継承している場合を除く。）は対象としない。

1. 医療法の規定に基づき開設している病院または診療所（往診のみを行う診療所を含み、社会福祉施設の医務室を除く。）のうち、保険医療機関の指定を受けた施設（同一施設で、医科と歯科の指定を受けている場合はいずれか一方。）
2. 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律の規定に基づき開設している薬局のうち、健康保険法の規定に基づき保険薬局の指定を受けた施設
3. 医療法の規定に基づき開設している助産所（出張専門を含む。）のうち、出産育児一時金等の受取代理制度等を導入している施設
4. あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律（以下「あはき法」という。）又は柔道整復師法（以下「柔整法」という。）の規定に基づき開設している施術所（出張専門を含む。）のうち、受領委任取扱い施術所の指定を受けた施設又は医療保険（療養費）の対象となる施術等を行っている施設（同一施設で、あはき法と柔整法の開設をしている場合はいずれか一方）
5. 歯科技工士法の規定に基づき開設している歯科技工所のうち、医療保険の対象となる歯科技工物を作成している施設

# 令和7年度福岡県医療機関等物価高騰対策支援金

保険診療等を行っている医療機関・薬局等においては、物価高騰による電気料金、食材費等の影響を価格転嫁できないことから支援金を給付します。

## 給 付 額

施設区分に応じた定額を給付します。

区 分	支 援 金 の 額
病 院・有床診療所	1床当たり 19,700 円～46,100 円
無床診療所（医科・歯科）	35,400 円～60,400 円
薬局、助産所、施術所、歯科技工所	10,500 円～28,100 円

※供給を受けている電気の種類により支援金の額を決定します。

## 申 請 期 限

支援金の申請書は下記期限までに提出してください。

**令和8年5月29日（金）必着**

## 申 請 方 法

**郵送のみ**の受付となります。

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。

**令和6年度以降に物価高騰対策支援金の給付を受けていて、電圧の種類に変更がない施設は、「電気のご使用量のお知らせ等」の添付は不要です。**

## 留 意 事 項

申請に当たっては以下の事項に御留意ください。

- 医療機関・薬局は、保険機関コードが必要です。（同一施設で医科と歯科のコードを有している場合は、いずれか一方の申請になります。）
- 国、県、市町村又は一部事務組合等直営の医療機関等は対象になりません。
- 社会福祉施設内の医務室（診療所）は対象になりません。
- 施術所は、受領委任取扱いの登録記号番号又は医療保険（療養費）の対象となる施術を行っていることが確認できる書類が必要です。
- 柔道整復とあはきを併設している施術所は、いずれか一方の申請になります。
- ビルなどで特別高圧又は高圧で一括受電した後に受電する施設は特別高圧又は高圧の施設としますが、そのことが確認できる書類の写しが必要です。
- 令和8年4月1日以降に新規開設した施設（移転による開設等事業を継承している場合を除く。）は対象になりません。

## お問い合わせ・提出先

福岡県医療機関等物価高騰対策支援金事務局  
〒812-0007 福岡市博多区東比恵 1-4-10-2F  
☎092-600-2031 FAX092-475-5937



## 給付額及び提出書類一覧 **\*申請前に必ずご確認ください**

令和6年度以降に物価高騰対策支援金の給付を受けていて、電圧の種類に変更がない施設は、「電気のご使用量のお知らせ等の写し」の添付は不要です。

令和6年度以降に物価高騰対策支援金の申請をしていない施設は、電気のご使用量のお知らせ等は令和7年7月分から令和8年3月分のいずれかの月の写しを提出してください。（特別高圧又は高圧を受電している施設の場合に必要）

通帳の写しは、取引口座名等が確認できる見開き1ページ目の写しを提出してください。

施術所については、令和6年度以降に物価高騰対策支援金の給付を受けている場合は、「受領委任取扱いの登録記号番号又は医療保険（療養費）の対象となる施術を行っていることが確認できる書類」の添付は不要です。

助産所については、出産育児一時金等請求のための助産所コード通知の写しをご提出ください。

区分	電気	給付額	提出書類
病院 有床診療所	特別高圧	46,100 円×病床数	①申請書 ②振込先通帳（見開き1ページ目）の写し ③電気ご使用量のお知らせ等の写し
	高圧	26,500 円×病床数	①申請書 ②振込先通帳（見開き1ページ目）の写し ③電気ご使用量のお知らせ等の写し
	低圧	19,700 円×病床数	①申請書 ②振込先通帳（見開き1ページ目）の写し

※ 病院及び有床診療所の給付額は、入院患者に係る食材費の上昇分への支援を含みます。

※ 上記で算出した給付額と無床診療所の同区分の額を比較し、多い方の額を給付します。

区分	電気	給付額	提出書類
無床診療所	特別高圧	60,400 円/施設	①申請書 ②振込先通帳（見開き1ページ目）の写し ③電気ご使用量のお知らせ等の写し
	高圧	54,600 円/施設	①申請書 ②振込先通帳（見開き1ページ目）の写し ③電気ご使用量のお知らせ等の写し
	低圧	35,400 円/施設	①申請書 ②振込先通帳（見開き1ページ目）の写し
薬局	特別高圧	26,100 円/施設	①申請書 ②振込先通帳（見開き1ページ目）の写し ③電気ご使用量のお知らせ等の写し
助産所 施術所	高圧	28,100 円/施設	①申請書 ②振込先通帳（見開き1ページ目）の写し ③電気ご使用量のお知らせ等の写し
歯科技工所	低圧	10,500 円/施設	①申請書 ②振込先通帳（見開き1ページ目）の写し