

令和 7 年度地域医療介護総合確保基金（医療分）
薬剤師キャリア形成機会損失補填事業補助金 交付要綱

1. 事業の趣旨

薬剤師の従事先には地域偏在や業態偏在がある現状に鑑み、地域の実情に応じた医薬品提供体制を確保するため、薬剤師少数区域の病院・薬局に就職・転職した病院薬剤師・薬局薬剤師に薬剤師会会費を支援することにより、資質向上に係る講習会の受講などキャリア形成に資する機会を提供し、薬剤師確保につなげることを目的とする。

2. 事業実施期間

令和 7 年 4 月 1 日から令和 8 年 3 月 31 日

3. 対象者

福岡県薬剤師確保計画において、県内二次保健医療圏のうち薬剤師の確保を重点的に推進する地域（以下「薬剤師少数区域」という。）の病院若しくは薬局に就職した薬剤師、又は、薬剤師少数区域以外の地域から薬剤師少数区域の病院若しくは薬局に転職した薬剤師
薬剤師少数区域：粕屋、宗像、朝倉、直方鞍手、田川、京築
募集人員：病院薬剤師 20 名、薬局薬剤師 10 名

4. 補助対象経費

令和 7 年度に係る次の薬剤師会会費

- ・病院薬剤師会—日本病院薬剤師会、福岡県病院薬剤師会、病院薬剤師会支部
- ・薬 剤 師 会—日本薬剤師会、福岡県薬剤師会、地区薬剤師会

5. 補助対象の条件

この補助金の交付の決定には、次の条件が付されるものとする。

- ・薬剤師免許を取得しており薬剤師少数区域の病院又は薬局で勤務をすること
- ・病院薬剤師は病院薬剤師会と薬剤師会に入会すること
- ・事業実施期間において継続して勤務すること

6. 申請手続

補助金の交付を受けようとする者は、福岡県薬剤師会会長が定める受付期日までに交付申請書（様式第 1 号）及び関係書類を福岡県薬剤師会に提出しなければならない。

（1）申請書類の受付期間

令和 7 年 4 月 1 日から令和 8 年 2 月 28 日

（令和 7 年度は 4 月に遡って申請可能）

(2) 申請書提出先

電子申請：yakuji@fpa.or.jp（福岡県薬剤師会 代表メール）

郵送申請：〒812-0018 福岡市博多区住吉 2-20-15

公益社団法人 福岡県薬剤師会 宛

FAX 申請：092-281-4104（福岡県薬剤師会 事務局）

(3) 問合せ先

公益社団法人福岡県薬剤師会 事務局

電話：092-271-3791

7. 交付決定

申請があった場合において、福岡県薬剤師会はその内容を審査し、福岡県薬剤師会会長が適当と認めるときは、交付決定通知書（様式第2号）を申請者に通知する。

8. 支払請求

交付決定を受けた者が補助金の支払請求をするときは、支払請求書（様式第3号）を福岡県薬剤師会に提出しなければならない。

9. その他

この要綱に定めるもののほか必要な事項は、福岡県薬剤師会会長が別に定める。

附則

この要綱は、令和7年9月11日から施行する。