

医療機関等における賃上げ・物価高騰支援事業給付金交付要領

(趣旨)

第1条 医療機関等における賃上げ・物価高騰支援事業給付金(以下「給付金」という。)については、この要領の定めるところによる。

(目的)

第2条 県内医療機関等が賃金・物価上昇の影響を受けている状況を踏まえ、賃上げに必要な経費や、診療等に必要な経費に係る物価上昇へ対応するための給付金を支給することにより、確実な賃上げや経営の改善に繋げ、地域医療提供体制の確保を図ることを目的とする。

(支給対象医療機関等)

第3条 給付金の支給対象となる医療機関等は、市町立病院・診療所を除く病院、有床診療所(医科)、無床診療所(医科・歯科)、薬局(保険薬局の指定(健康保険法第65条第1項)を受けている薬局)(いずれも健康保険法(大正11年法律第70号)上の保険医療機関コードが発行されており、令和7年4月1日から申請時点までに診療報酬請求の実績がある施設に限る)、助産所(出張のみ行う施設を除く)、施術所(受領委任取扱施設に限る)、歯科技工所(保険医療機関からの委託等を受けて歯科技工を行っている施設)、(以下「対象医療機関等」という。)とする。

なお、ベースアップ評価料を届け出ているかどうかは要件としない。

(給付金の支給額)

第4条 この給付金の支給額は別表1により算定するものとする。ただし、支給額に1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。

(支給申請等)

第5条 給付金の支給を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、次条に定める期間に別表2に記載の書類を福井県の指定する委託事業者を通じて、福井県知事(以下「知事」という。)に提出するものとする。

(支給申請の受付期間)

第6条 給付金の支給申請の受付期間は、令和8年5月15日(金)から令和8年7月17日(金)とする。

(給付金の返還)

第7条 知事は、給付金の支給を受けた対象医療機関等が次の各号のいずれかに該当す

ることが確認されたときには、給付金の返還を命ずる。

- (1) 給付金の支給を受けた日以降に正当な理由なく廃止した場合。ただし、事業譲渡等による廃止であって譲受先において引き続き診療等を継続している等、知事においてやむを得ないと認めた場合はその限りではない。
- (2) 虚偽または不正の手段をもって給付金の支給を受けた場合
- (3) 重大な法令違反または公序良俗に反する行為等により、給付金を支給することが適当でないと認められた場合

(受給権の譲渡または担保の禁止)

第8条 支援金の給付を受ける権利は、譲り渡し、または担保に供してはならない。

(その他)

第9条 この要領の実施のために必要な事項は、知事が別に定める。

【別表1】

医療機関		支給額
病院		許可病床数×195千円（※1, 2）
有床診療所（医科）		許可病床数×85千円（※1, 3）
無床診療所（医科・歯科）		1施設×320千円
助産所		1施設×160千円
施術所		1施設×160千円
歯科技工所		1施設×160千円
薬局	所属する同一グループ内の保険薬局の数（※4）として1店舗以上5店舗以下（当該保険薬局を含む）である保険薬局	1施設×230千円
	所属する同一グループ内の保険薬局の数（※4）として6店舗以上19店舗以下（当該保険薬局を含む）である保険薬局	1施設×180千円
	所属する同一グループ内の保険薬局の数（※4）として20店舗以上（当該保険薬局を含む）である保険薬局	1施設×120千円

（※1） 医療法第27条の使用許可を受けた病床数であって令和7年8月1日時点の病床数とする。ただし、令和6年度補正予算事業「病床数適正化支援事業」（令和7年度に繰り越して実施）により同年8月2日以降に削減した病床数を除くこと。

（※2） 許可病床数に195千円を乗じた額に、下表に記載する①救急に対応する病院への加算、②全身麻酔手術を行う病院への加算、③分娩を行う病院への加算（いずれも併給不可。）のいずれか高い加算額を加えた額とする。

また、①、②または③の加算の判定に用いる「救急車の受入件数」、「全身麻酔の手術総数」または「分娩件数」は、令和6年度病床機能報告における報告数（令和5年4月1日から令和6年3月31日までの件数）または令和

7年度病床機能報告における報告数（令和6年4月1日から令和7年3月31日までの件数）のいずれか高い報告数を用いる。

(※3) 許可病床数が3床以下の場合は、1施設×320千円を支給する。

(※4) 厚生（支）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日時点の数とする。

【①救急に対応する病院への加算】

救急車の 受入件数	1件以上1,000件 未満	1,000件以上	2,000件以上
加算額	5,000千円	15,000千円	30,000千円

救急車の 受入件数	3,000件以上	5,000件以上	7,000件以上
加算額	90,000千円	150,000千円	200,000千円

なお、福井県医療計画上、三次救急病院に指定されている病院については、以下の表に基づき加算する。

救急車の 受入件数	1件以上 1,000件未満	1,000件以上	5,000件以上	7,000件以上
加算額	100,000千円	100,000千円	150,000千円	200,000千円

【②全身麻酔の手術を行う病院への加算】

(①のうち救急車受入件数が3,000件未満の病院に限る。ただし、三次救急病院は適用しない。)

全身麻酔の 手術総数	800件以上2,000件未満	2,000件以上
加算額	20,000千円	80,000千円

【③分娩を行う病院への加算】

(①のうち救急車受入件数が3,000件未満の病院に限る。ただし、三次救急病院は適用しない。)

分娩件数に 3を乗じた数	800件以上2,000件未満	2,000件以上
加算額	20,000千円	80,000千円

【別表2】

(1) 病院

No.	名称	備考
1	支給申請書（様式第1号）	
2	振込先の通帳の写し	

(2) 有床診療所（医科）

No.	名称	備考
1	支給申請書（様式第1号）	
2	振込先の通帳の写し	

(3) 無床診療所（医科・歯科）

No.	名称	備考
1	支給申請書（様式第1号）	
2	振込先の通帳の写し	

(4) 助産所・施術所・歯科技工所

No.	名称	備考
1	支給申請書（様式第1号）	
2	振込先の通帳の写し	
3	受領委任を取扱っていることを証する書類等	施術所のみ
4	保険医療機関から委託等を受けていることを証する書類等	歯科技工所のみ

(5) 薬局

No.	名称	備考
1	支給申請書（様式第1号）	
2	振込先の通帳の写し	