

(1) 申請者の概要

項目	内容
都道府県名	
保険医療機関コード(10桁・半角)	
病院名	
住所	
代表者役職	
氏名	
病床数	
一般病床	
療養病床	
精神病床	
感染症病床	
結核病床	
職員数	
医師	
看護職員	
薬剤師	
その他コメディカル職員	
事務職員	
届け出ている主な入院基本料	
ホームページURL	

別紙1 (Word)に記載した内容を  
転記してください。

(2) 本事業で業務効率化に取り組む対象部門・対象業務

対象部門	対象業務
医師部門	
調剤部門	
看護部門	
その他コメディカル部門	
事務部門	
その他バックアップ部門	

(3) 本事業で導入予定の機器・サービスの名称と金額 (補助経費の一覧) (補助金活用部分のみ)

名称	金額	備考
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
計	0	

(4) 申請者要件の確認

リストから○を選択

令和8年4月1日時点でベースアップ評価料(※)を届け出ている。	<input type="checkbox"/>
都道府県において、地域医療に一定の貢献をしている、地域医療構想の推進に協力していることが確認されている医療機関である。	<input type="checkbox"/>

(5) 具体的な取組

1.これまでの取組	
2.現在の課題	
3.3年計画	
4.業務手順見直し	
5.タスクシフト	

6. 年度別取り組み

年度	内容
1年目	
2年目	
3年目	

7. 効率化目標

年度	区分	目標	測定方法	根拠
1年目	①超過勤務時間			
	②業務時間			
	③その他			
2年目	①超過勤務時間			
	②業務時間			
	③その他			
3年目	①超過勤務時間			
	②業務時間			
	③その他			

8. 実施体制・運用(業務効率化推進委員会の設置・役割)

内容

9. その他(ランニングコストの確保策・データ測定/提出体制等)

内容

10. 補足事項

内容