

経費所要額(精算額)調書

申請者情報

開設者名(法人名)

開設者が  
法人の場合:法人名  
個人の場合:個人名

(単位:円)

事業区分	保険医療機関コード(10桁)	保険医療機関等名称	施設区分	基準額 A	総事業費 B	対象経費の 実支出額 C	寄付金その他の 収入額 D	(1)選定額 E=MIN(A,C)	総事業費-収入 F=B-D	(2)選定額 G=MIN(E,F)	補助率 H	補助所要額 I=G*H (千円未満切り捨て)	電子処方箋管理 サービス導入日
合計	-	-	-	-	0	0	0	0	0	0	-	0	-
1								0	0	0			
2								0	0	0			
3	プルダウンで選択 1 初期導入(交付要綱第2条1項1号の事業) 新機能(交付要綱第2条1項2号の事業) 2 併用(交付要綱第2条1項3号の事業)	プルダウンで選択 大規模病院(病床数200床以上) 病院(病床数200床未満) 診療所 薬局				<b>対象事業費の総額</b>		<b>「総事業費B」と同じ金額 B=C</b>	寄付金の収入があれば入力 ※ <b>ない場合、「0」を入力してください。</b> ※電子処方箋の <b>国からの補助金は含みません</b>				サービス導入日も忘れず記載
4													
5								0	0	0			
6								0	0	0			
7								0	0	0			
8								0	0	0			
9								0	0	0			
10								0	0	0			
11								0	0	0			
12								0	0	0			
13								0	0	0			

半角10桁で入力してください。  
「都道府県コード:12」+「点数区分コード:1桁」+「機関ごとのコード:7桁」  
  
点数区分コード  
医科:1 歯科:3 調剤:4 とする。