

福岡医発第 620 号 (地)
令和 7 年 5 月 28 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

令和 7 年度福岡県電子処方箋導入促進費補助金の申請について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、電子処方箋に関する国の補助金につきましては、令和 7 年 9 月までに電子処方箋を導入した施設が補助対象となるよう期間が延長されるとともに、県の補助金についても再開が検討されている旨、貴会宛てにご連絡したところで（令和 7 年 3 月 21 日付福岡医発第 3334 号 (地) 文書参照）。

今般、令和 7 年度における「福岡県電子処方箋導入促進費補助金」（以下、「本補助金」）について、福岡県保健医療介護部薬務課より通知がありましたのでご連絡申し上げます。

本補助金は、令和 7 年 9 月 30 日までに導入を完了し、国（社会保険診療報酬支払基金）における電子処方箋管理サービスの導入に関する補助金の交付決定を受けた保険医療機関を対象としており、令和 7 年 5 月 26 日から令和 8 年 1 月 30 日まで申請を受け付けられております。

また、国の補助金手続は約 2 ヶ月程度の時間を要することが考えられるため、本補助金の申請を検討される場合は、まずは、はやめに国の補助金の申請を行っていただきますようお願いいたします。各補助金については、別紙 1 及び別紙 2 をご参照ください。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただくとともに、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、

- 1) 本補助金の申請書には申請者の署名又は押印が必要となっているため、郵送のみの受付となっております。
- 2) 申請方法等については、県より直接保険医療機関へ案内が送付されるとともに、県ホームページ (<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/den-shishohousen.html>) に掲載されております。

国による補助金について

1. 交付申請の流れ



2. 申請の条件

- ・オンライン資格確認等システムを運用した上で、電子処方箋管理サービスを利用できるシステムの環境整備が完了していること。
 （「電子処方箋管理サービスを利用できるシステムの環境整備が完了した日」が補助金申請時に入力が必要となる「完了日」となる。）

3. 申請方法

- ・医療機関等向け総合ポータルサイト（https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=ep_top）より申請。



4. 申請期間

- ・基本機能の導入の場合：令和7年9月30日までに電子処方箋管理サービスの導入を完了させ、令和8年3月31日までに申請
- ・追加機能の導入の場合：令和8年1月15日までに申請
 ※院内処方機能に係る補助金申請開始時期については、詳細が確定し次第、本ポータルサイトでお知らせ。

5. 交付額

①電子処方箋管理サービス【基本機能】の導入に係る費用（令和7年9月末導入施設まで）

	大規模病院 (病床数 200 床以上)	病院 (大規模病院以外)	診療所
事業額	486.6 万円	325.9 万円	38.7 万円
補助率	1/3	1/3	1/2
補助上限額	162.2 万円	108.6 万円	19.4 万円

②電子処方箋管理サービス【基本機能+追加機能※】の導入に係る費用（令和7年9月末導入施設まで）

※追加機能：リフィル処方箋、口頭同意、マイナンバーカード活用電子署名、処方箋ID検索

	大規模病院 (病床数 200 床以上)	病院 (大規模病院以外)	診療所
事業額	602.2 万円	405.9 万円	54.2 万円
補助率	1/3	1/3	1/2
補助上限額	200.7 万円	135.3 万円	27.1 万円

③電子処方箋管理サービス【追加機能※】の導入に係る費用

※追加機能：リフィル処方箋、口頭同意、マイナンバーカード活用電子署名、処方箋ID検索

	大規模病院 (病床数 200 床以上)	病院 (大規模病院以外)	診療所
事業額	135.6 万円	100 万円	24.5 万円
補助率	1/3	1/3	1/2
補助上限額	45.2 万円	33.3 万円	12.3 万円

④電子処方箋管理サービス【追加機能（院内処方機能）】の導入に係る費用

	大規模病院 (病床数 200 床以上)	病院 (大規模病院以外)	診療所
事業額	165.0 万円	117.9 万円	21.5 万円
補助率	1/3	1/3	1/2
補助上限額	55.0 万円	39.3 万円	10.8 万円

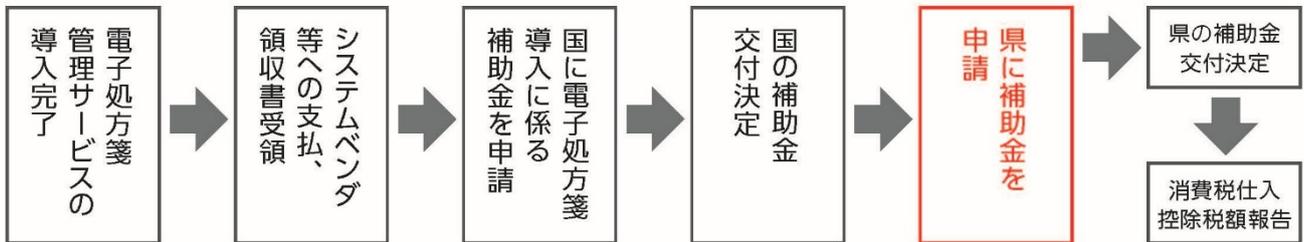
6. 問合せ先

・オンライン資格確認等コールセンター 0800-080-4583（通話無料）

月曜日～金曜日（祝日を除く）8：00～18：00 土曜日（祝日を除く）8：00～16：00

福岡県電子処方箋導入促進費補助金について

1. 交付申請の流れ



2. 申請の条件

- ・ 国の補助金の交付決定を受けた施設（国の補助金を受けた時期の遡及期限の設定はなし。）

3. 申請方法

- ・ 郵送のみ

《提出先》〒810-0022 福岡市中央区薬院 1 丁目 17-28 TOPPAN 九州事業部内
福岡県電子処方箋導入促進費補助金事務局

4. 申請期間

- ・ 令和 8 年 1 月 30 日（金）必着

5. 交付額

① 電子処方箋管理サービス【基本機能】の導入に係る費用

	大規模病院 (病床数 200 床以上)	病院 (大規模病院以外)	診療所
事業額	486.6 万円	325.9 万円	38.7 万円
補助率	1/6	1/6	1/4
補助上限額	81.1 万円	54.3 万円	9.7 万円

② 電子処方箋管理サービス【追加機能※】の導入に係る費用

※追加機能：リフィル処方箋、口頭同意、マイナンバーカード活用電子署名、処方箋 ID 検索（院内処方機能を除く）

	大規模病院 (病床数 200 床以上)	病院 (大規模病院以外)	診療所
事業額	135.6 万円	100 万円	24.5 万円

補助率	1/6	1/6	1/4
補助上限額	22.6万円	16.7万円	6.1万円

③電子処方箋管理サービス【基本機能＋追加機能】の導入に係る費用

	大規模病院 (病床数 200 床以上)	病院 (大規模病院以外)	診療所
事業額	602.2万円	405.9万円	54.2万円
補助率	1/6	1/6	1/4
補助上限額	100.3万円	67.6万円	13.5万円

※国と県の補助金を合わせて受け取った場合、導入費用に対する財政支援全体の割合は最大で病院：1/2、診療所・薬局：3/4となります。

6. 問合せ先

・福岡県電子処方箋導入促進費補助金事務局 050-3628-7974

月曜日～金曜日（祝日を除く）9：00～17：00

※詳細につきましては、県ホームページ（<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/denshi-shohousen.html>）をご確認ください。



公印省略

7 薬第 5 7 4 号
令和 7 年 5 月 2 1 日

公益社団法人福岡県医師会会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(薬 務 課)

福岡県電子処方箋導入促進費補助金の申請について

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、電子処方箋の活用・普及の促進を図るため、今年度も電子処方箋管理サービスの導入に向けた保険医療機関のシステム整備に係る費用の負担に対して補助金を交付することとしました。

標記補助金は、令和 7 年 9 月 3 0 日までに導入を完了し、国（社会保険診療報酬支払基金）における電子処方箋管理サービスの導入に関する補助金の交付決定を受けた保険医療機関を対象としており、下記事務局で令和 7 年 5 月 2 6 日から、令和 8 年 1 月 3 0 日まで申請を受け付けますのでお知らせします。

申請方法等については、保険医療機関へ個別に案内を送付するとともに、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。

なお、本補助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。

【県ホームページ】

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/denshishohousen.html>

【問合せ・提出先】

福岡県電子処方箋導入促進費補助金事務局
〒 8 1 0 - 0 0 2 2 福岡市中央区薬院 1 丁目 1 7 - 2 8
TOPPAN九州事業部内
TEL : 0 5 0 - 3 6 2 8 - 7 9 7 4
受付時間 : 平日 9 時 0 0 分から 1 7 時 0 0 分
(令和 7 年 5 月 2 6 日から事務局を開設します。)



二次元コード

福岡県電子処方箋導入促進費補助金交付申請書(兼)実績報告書

申請日:令和 年 月 日

住所又は所在地	〒 <input type="text"/>
開設者名(法人名)	<input type="text"/>
代表者氏名	<input type="text"/>
(署名または押印)	<input type="text"/> 印

標記について、次により補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請する。

施設名称	<input type="text"/>				
担当者名	<input type="text"/>	電話番号	<input type="text"/>	メールアドレス	<input type="text"/>

1. 該当する区分に○を記入してください。

<input type="checkbox"/> ①大規模病院 (病床数200床以上)	<input type="checkbox"/> ②病院 (大規模病院以外)	<input type="checkbox"/> ③診療所	<input type="checkbox"/> ④薬局
--	---	-------------------------------	------------------------------

2. 保険医療機関コード(10桁)を記入してください。

保険医療機関コード	<input type="text"/>								
-----------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

3. 電子処方箋管理サービスを導入した日付を記入してください。

令和 年 月 日

4. 該当する申請区分のいずれか一つに○を記入してください。(基金に申請した内容と同じものを選択)

<input type="checkbox"/> ①基本機能のみ (要綱4条(1))	<input type="checkbox"/> ②追加機能のみ (要綱4条(2))	<input type="checkbox"/> ③基本機能と追加機能の同時導入 (要綱4条(3))
---	---	---

5. 電子処方箋管理サービスにかかった金額のうち、補助金対象となる分の金額を記入してください。

対象事業費	<input type="text"/>	円	※国(社会保険診療報酬支払基金)に申請し、対象事業費として認められた金額を記入してください。 【注】補助金(助成金)の決定額ではありません。
比較額	<input type="text"/>	円	※対象事業費に補助率をかけた比較額(一円未満切り捨て)。Excel表の場合は自動算出されます。
補助上限額	<input type="text"/>	円	※医療機関等の区分及び申請区分に応じた補助上限額。Excel表の場合は自動算出されます。
申請額	<input type="text"/>	円	※「比較額」と「補助上限額」のうち低いほうの金額(千円未満切り捨て)。Excel表の場合は自動算出されます。

6. 裏面の【確認事項】を確認いただき、○を記入してください。

確認事項	<input type="checkbox"/>	※裏面の【確認事項】には、補助対象施設の要件、補助金の交付条件、同意事項を記載していますので、ご確認のうえ、○印を記入してください。
------	--------------------------	--

7. 振込口座情報を入力してください。

金融機関名	<input type="text"/>	金融機関コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
支店名	<input type="text"/>	支店コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
預金種類	1:普通(総合) 2:当座				
口座番号(左詰め)	<input type="text"/>				
(フリガナ)	<input type="text"/>				
取引口座名	<input type="text"/>				

【確認事項】

①	健康保険法(大正11年法律第70号)第63条第3項各号に規定する病院若しくは診療所又は薬局であつて、令和4年6月30日薬生総発第1号厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長通知「医療提供体制設備整備交付金実施要領(電子処方箋管理サービス)」(以下「要領」という。)の「第2 交付対象事業」の1に規定される事業を実施し、社会保険診療報酬支払基金(以下「基金」という。)から要領の「第9 交付等の決定及び通知」の通知(補助金交付決定通知書)を受けた施設であること。
②	オンライン資格確認等システムを運用開始した上で、電子処方箋管理サービスを利用できる環境を整備(電子署名に必要なHPKIカード等の保有も含む)し、実際に電子処方箋管理サービスを継続して実施すること。
③	電子処方箋の普及促進に関する以下の取組を行うこと。 ・別に指定する周知広報資材(ポスター)の対象施設への掲示 ・県が実施する電子処方箋の活用状況等に関する調査への協力
④	「福岡県電子処方箋導入促進費補助金交付要綱」(以下「要綱」という。)第6条を遵守すること。
⑤	要綱第10条に基づく「消費税仕入控除税額の確定に伴う報告」を行うこと。
⑥	個人情報の取扱いに関して、補助金の交付手続きに必要な範囲で事務局と共有することに同意すること。

【添付書類】

①	電子処方箋管理サービス導入に関する <u>領収書(写し)</u> 及び <u>領収書内訳書(写し)</u> ※社会保険診療報酬支払基金に提出した書類(対象事業費が確認できるもの)を添付。
②	社会保険診療報酬支払基金から発行された <u>以下の通知のいずれかの写し</u> 。 ①「電子処方箋管理サービスの導入に必要となる端末の購入等に係る補助金交付決定通知書」(初期導入のみ) ②「電子処方箋管理サービスの新機能の導入に必要となるシステム改修等に係る助成金交付決定通知書」 ③「電子処方箋管理サービスの導入に必要となる端末の購入等に係る補助金交付決定通知書」(初期導入と新機能の同時導入)
③	振込先の <u>通帳の見開きページ(写し)</u> ※フリガナ・口座番号等が確認できるページ

【申請区分、補助率、補助上限額】

- ① 電子処方箋管理サービスの基本機能(③に掲げるものを除く)を導入するために行うシステム改修等に係る事業(要綱第4条(1))

区分	補助率	補助上限額
①大規模病院(病床数200床以上)	1/6	811,000円
②病院(大規模病院以外)	1/6	543,000円
③診療所	1/4	97,000円
④薬局	1/4	97,000円

- ② 電子処方箋管理サービスの基本機能とは別に追加機能を導入するために行うシステム改修等に係る事業(要綱第4条(2))

区分	補助率	補助上限額
①大規模病院(病床数200床以上)	1/6	226,000円
②病院(大規模病院以外)	1/6	167,000円
③診療所	1/4	61,000円
④薬局	1/4	64,000円

- ③ 電子処方箋管理サービスの基本機能と追加機能を同時に導入するために行うシステム改修等に係る事業(要綱第4条(3))

区分	補助率	補助上限額
①大規模病院(病床数200床以上)	1/6	1,003,000円
②病院(大規模病院以外)	1/6	676,000円
③診療所	1/4	135,000円
④薬局	1/4	138,000円

記入例

福岡県電子処方箋導入促進費補助金交付申請書(兼)実績報告書

申請日:令和 **7** 年 **5** 月 **26** 日

住所又は所在地 〒 812-8577 福岡市博多区東公園7-7

開設者名(法人名) 医療法人〇〇会

代表者氏名 福岡 一郎

(署名または押印)

印

交付決定通知書の送付先となりますので、確実に郵便物が届く住所を記入してください。

標記について、次により補助金を交付

必ず、「代表者自らフルネームの署名」又は「押印(法人は登録印)」

施設名称	〇〇診療所						
担当者名	福岡 花子	電話番号	092-643-0000	メールアドレス	〇〇〇@pref.fukuoka.lg.jp		

1. 該当する区分に○を記入してください

<input type="checkbox"/>	①大規模病院 (病床数200床以上)	保険医療機関コード3桁目は点数票番号(内科1、歯科3、薬局4)	<input checked="" type="checkbox"/>	③診療所	<input type="checkbox"/>	④薬局
--------------------------	-----------------------	---------------------------------	-------------------------------------	------	--------------------------	-----

2. 保険医療機関コード(10桁)を記入してください。

保険医療機関コード	4	0	1	2	電子処方箋管理サービスの使用が可能となった日を記載ください。	6	7	8
-----------	---	---	---	---	--------------------------------	---	---	---

3. 電子処方箋管理サービスを導入した日付を記入してください

令和 **6** 年 **4** 月 **1** 日

4. 該当する申請区分のいずれか一つに○を記入してください

<input checked="" type="checkbox"/>	①基本機能のみ (要綱4条(1))	<input type="checkbox"/>	②追加機能のみ (要綱4条(2))
-------------------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------

5. 電子処方箋管理サービスにかかった金額のうち、補助金

対象事業費	363,000	円
比較額	90,750	円
補助上限額	97,000	円
申請額	90,000	円

①基本機能部分(従前補助)
 ②追記機能部分(既に基本機能を導入済の施設)
 ③基本機能と追加機能の同時導入
 ※社会保険診療報酬支払基金(以下「基金」という)に申請した内容と同じものを選択
 ※①基本機能部分で県に申請した後、②の追加機能部分を導入し、基金の交付決定を受けた場合は、②についても別途、県に申請が可能

※国(社会保険診療報酬支払基金)に申請し、対象事業費として認められた金額を記入してください。(基金からの補助金(助成金)の決定額ではありません。)
 Excel表の場合は自動算出されます。

Excel表の場合、事業費欄を入力すると、自動で申請額が算出されます。自動計算には【1. 該当する区分】と【4. 該当する申請区分】を必ず選んでください。

※Excel表は、下記のホームページからダウンロードできます。

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/denshishohousen.html>



※修正は訂正印が必要です。

二次元コード

6. 裏面の【確認事項】を確認いただき、○を記入してください

確認事項	<input checked="" type="checkbox"/>	※裏面の【確認事項】には、補助対象施設をご確認のうえ、○印を記入してください
------	-------------------------------------	--

7. 振込口座情報を入力してください。

金融機関名	〇〇銀行	金融機関コード	9	8	7	6		
支店名	〇〇支店	支店コード	7	7	7			
預金種類	1:普通(総合)	2:当座						
口座番号(左詰め)	0	6	5	4	3	2	1	0
(フリガナ)	マルマルシンリョウショ							
取引口座名	〇〇診療所							

【確認事項】

①	健康保険法(大正11年法律第70号)第63条第3項各号に規定する病院若て、令和4年6月30日薬生総発第1号厚生労働省医薬・生活衛生局総務課備交付金実施要領(電子処方箋管理サービス)(以下「要領」という。)の付される事業を実施し、社会保険診療報酬支払基金(以下「基金」という。)から「及び通知」の通知(補助金交付決定通知書)を受けた施設であること。	①国(社会保険診療報酬支払基金)の電子処方箋管理サービスに関連する補助金の交付決定を受けていること。
②	オンライン資格確認等システムを運用開始した上で、電子処方箋管理サービス署名に必要なHPKIカード等の保有も含むし、実際に電子処方箋管理サービス	②電子処方箋管理サービスを導入し、運用を開始している施設であること。
③	電子処方箋の普及促進に関する以下の取組を行うこと。 ・別に指定する周知広報資材(ポスター)の対象施設への掲示 ・県が実施する電子処方箋の活用状況等に関する調査への協力	
④	「福岡県電子処方箋導入促進費補助金交付要綱」(以下「要綱」という。)第6条	④補助金の交付決定の際に付される条件となります。
⑤	要綱第10条に基づく「消費税仕入控除税額の確定に伴う報告」を行うこと。	
⑥	個人情報の取扱いに関して、補助金の交付手続きに必要な範囲で事務局と共有することに同意すること。	

【添付書類】

①	電子処方箋管理サービス導入に関する領収書(写し)及び領収書内訳書(写し) ※社会保険診療報酬支払基金に提出した書類(対象事業費が確認できるもの)を添付。
②	社会保険診療報酬支払基金から発行された以下の通知のいずれかの写し。 ①「電子処方箋管理サービスの導入に必要となる端末の購入等に係る補助金交付決定通知書」(初期導入のみ) ②「電子処方箋管理サービスの新機能の導入に必要となるシステム改修等に係る助成金交付決定通知書」 ③「電子処方箋管理サービスの導入に必要となる端末の購入等に係る補助金交付決定通知書」(初期導入と新機能の同時導入)
③	振込先の通帳の見開きページ(写し)

※補助金交付決定通知書(写し)について

申請区分①基本機能のみ(要綱4条(1))で申請する場合
 ・「電子処方箋管理サービスの導入に必要となる端末の購入等に係る補助金交付決定通知書」(写し)又は
 ・「電子処方箋管理サービスの導入に必要となる端末の購入等に係る補助金交付決定通知書(初期導入のみ)」(写し)

申請区分②追加機能のみ(要綱4条(2))で申請する場合
 ・「電子処方箋管理サービスの新機能の導入に必要となるシステム改修等に係る助成金交付決定通知書」(写し)

申請区分③基本機能と追加機能の同時導入(要綱4条(3))で申請する場合
 ・「電子処方箋管理サービスの導入に必要となる端末の購入等に係る補助金交付決定通知書(初期導入と新機能の同時導入)」(写し)

【申請区分、補助率、補助上限額】

①電子処方箋管理サービスの基本機能改修等に係る事業(要綱第4条(1))

区分
①大規模病院(病床数200床以上)
②病院(大規模病院以外)
③診療所
④薬局

②電子処方箋管理サービスの基本機能に係る事業(要綱第4条(2))

区分	補助率	補助上限額
①大規模病院(病床数200床以上)	1/6	226,000円
②病院(大規模病院以外)	1/6	167,000円
③診療所	1/4	61,000円
④薬局	1/4	64,000円

③電子処方箋管理サービスの基本機能と追加機能を同時に導入するために行うシステム改修等に係る事業(要綱第4条(3))

区分	補助率	補助上限額
①大規模病院(病床数200床以上)	1/6	226,000円
②病院(大規模病院以外)	1/6	167,000円
③診療所	1/4	61,000円
④薬局	1/4	64,000円

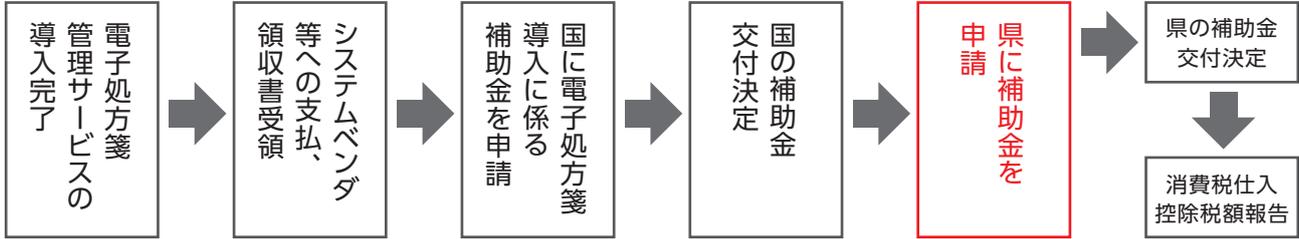
※追加機能とは
 「リフィル処方箋」「口頭同意による重複投薬等チェック結果の閲覧」「マイナンバーカード署名」「処方箋ID検索」「調剤結果ID検索」に関する機能。

電子処方箋の導入費用を国の補助金に加えて助成します!

福岡県電子処方箋導入促進費補助金のお知らせ

申請の流れ

補助対象:国(社会保険診療報酬支払基金)の補助金の交付決定を受けた保険医療機関、保険薬局



申請区分、補助率、補助上限額

申請区分	県補助金	大規模病院 (病床数200床以上)	病院 (大規模病院以外)	診療所	薬局
①基本機能部分 (従前補助)	補助率	1/6	1/6	1/4	1/4
	補助上限額	811,000円	543,000円	97,000円	97,000円
②追加機能部分 ※既に基本機能を導入している施設。 院内処方機能を除く。	補助率	1/6	1/6	1/4	1/4
	補助上限額	226,000円	167,000円	61,000円	64,000円
③基本機能+追加機能部分 ※同時導入	補助率	1/6	1/6	1/4	1/4
	補助上限額	1,003,000円	676,000円	135,000円	138,000円

※国と県の補助金を合わせて受け取った場合、導入費用に対する財政支援全体の割合は最大で

病院:1/2、診療所・薬局(大型除く):3/4、大型チェーン薬局:1/2となります!

申請方法

郵送のみの受付。申請期限:令和8年1月30日(金)※必着

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。

添付書類:①電子処方箋管理サービス導入に関する領収書(写し)及び領収書内訳書(写し)

②支払基金から発行された電子処方箋管理サービスの導入に係る補助金交付決定通知書(写し)

③振込先口座の確認できる通帳等(写し)

※予算上限に達した場合は、期限内であっても受付を終了する場合があります。

留意事項

令和7年9月30日までに導入完了しておく必要があります。また、県に補助金を申請する前に、国(社会保険診療報酬支払基金)における電子処方箋管理サービスの導入に関する補助金を申請し、補助金交付決定を受ける必要がありますが、国の補助金手続に約2ヵ月程度の時間を要します。

お問い合わせ・提出先

福岡県電子処方箋導入促進費補助金事務局

〒810-0022 福岡市中央区薬院1丁目17-28 TOPPAN九州事業部内

☎ 050-3628-7974 (受付時間:平日 9:00~17:00)



二次元コード

よくあるご質問

Q どのような施設が補助の対象となりますか？

A 令和7年9月30日までに導入完了し、国(社会保険診療報酬支払基金)の電子処方箋管理サービスに関連する補助金の交付決定を受けた保険医療機関(医科、歯科)、保険薬局が補助の対象となります。

Q 令和6年度中に国の補助金の交付決定を受けて、電子処方箋を運用開始していますが、昨年度中に県の補助金の申請が間に合いませんでした。令和7年度の県の補助金は申請可能ですか？

A 既に電子処方箋管理サービスを導入して、国の補助金の交付決定を受けた施設であれば、県の補助金は申請可能です。

Q 申請の際に、①基本機能のみ、②追加機能のみ、③基本機能と追加機能の同時導入、どの区分を選択すればよいですか？

A 国の補助金に申請した際に選択した区分と同じ区分で申請してください。(国の補助金交付決定通知書の表題(タイトル)により見分けることが可能です。詳細は、申請書の記入例(裏面)をご確認ください。)。なお、「②追加機能のみ」のうち、(院内処方機能)については県の補助対象ではありません。

Q 申請期限である令和8年1月30日に間に合わせるためには、国の補助金は、いつまでに申請すればよいですか？

A 国の補助金手続きに約2カ月程度の時間を要するため、遅くとも令和7年11月末までに国の補助金交付申請を行う必要があります。なお、予算上限に達した場合は、上記期限より前に受付終了する場合があります。

Q 県の補助金について、申請期限が延期される予定はないですか？

A 令和7年5月時点では、申請期限の延期予定はありません。

Q 県の補助金の交付の条件となっている周知広報資材(ポスター)の掲示やアンケートはどのようなものですか？

A 電子処方箋に関する取組については、厚生労働省の作成した啓発ポスターを医療機関又は薬局内で掲示していただきます。当該ポスターは県の補助金交付決定通知書に同封されます。また、今後県がアンケート調査を実施する際には協力等を依頼する場合があります。