

尼崎市小児慢性特定疾病指定医療機関 各位

尼崎市保健所
疾病対策課長

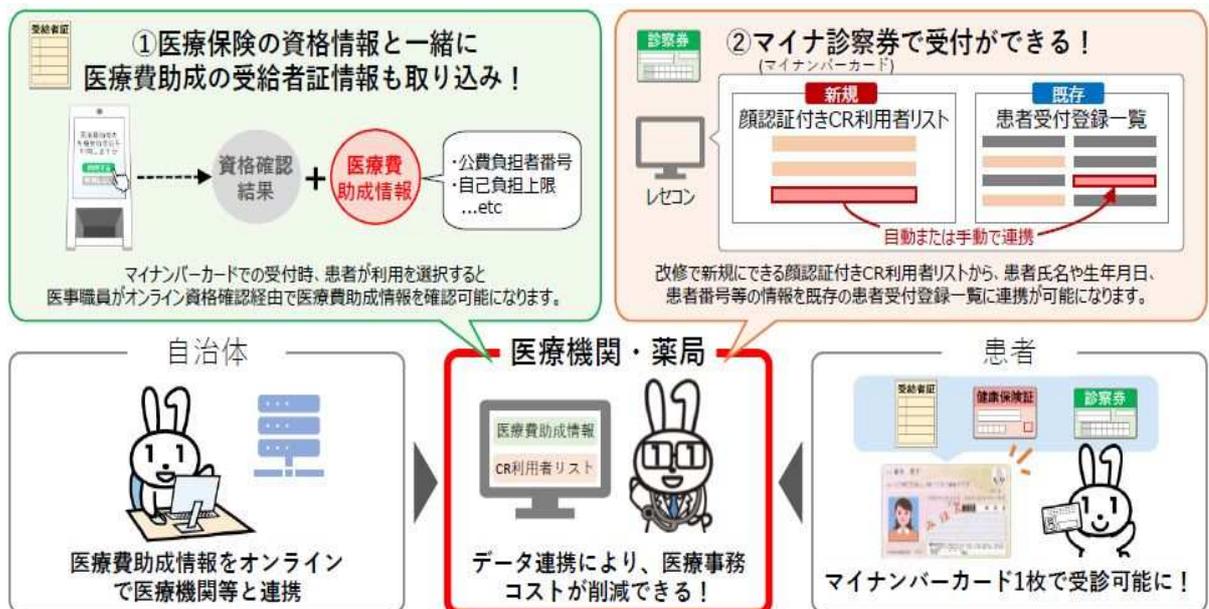
医療機関における医療費助成事業に係る資格確認のオンライン化実施のためのシステム改修費用の補助について（ご案内）

平素より、本市保健行政にご協力いただき、厚く御礼申し上げます。

さて、現在、政府においては、厚生労働省、デジタル庁及びこども家庭庁その他関係省庁で連携の上、「医療 DX の推進に関する工程表」（令和 5 年 6 月 2 日医療 DX 推進本部決定）及び規制改革実施計画（令和 5 年 6 月 16 日閣議決定）に基づき、法律に基づく公費負担医療制度と地方公共団体の医療費助成事業について、マイナンバーカードによる資格情報の確認（以下「医療費助成に係るオンライン資格確認」という。）を可能とするための取組が進められており、本市おきましても、令和 6 年度において当該先行事業に参画し、まずは小児慢性特定疾病医療受給者証情報がオンラインで確認できるよう整備を進めており、令和 6 年度末頃から対応可能とする予定です。

あわせて、厚生労働省においては、同事業に参加する小児慢性特定疾病指定医療機関に対する支援として、医療費助成に係るオンライン資格確認のためのシステム改修費についての補助金制度が設けられました。これに伴い、本市においても同様の当該補助金の活用ができるよう整備しましたことからご案内をいたします。

1 PMH（Public Medical Hub）の概要



※別紙 レセプトコンピューターの改修範囲及び改修後の画面イメージ図もご参照ください。

2 補助の対象となる経費

補助の対象となる経費は、小児慢性特定疾病の受給資格情報をオンラインで確認するための環境整備に要する医療機関内のシステム改修経費です。

※システム改修内容の詳細については、医療機関・薬局ベンダー向け説明資料「医療費助成の受給者証のマイナンバーカード利用の推進について（PMHの外部IF仕様のご紹介）」及び「XML仕様書」をご参照ください。資料は更新されることがありますので、最新版はPMHに関するデジタル庁ホームページをご参照ください。

3 補助金の額

次に掲げる補助基準額と補助対象の実支出額から寄付金その他の収入額を控除した額を比較して少ない方の金額(1,000円未満の端数があるときはこれを切り捨てた額)【補助上限額は区分に応じて100万円又は30万円(上限額までの費用全額)】を補助します。

- (1) 1病院当たり 1,000,000円
- (2) 1診療所当たり 300,000円
- (3) 1薬局当たり 300,000円

4 申請方法

申請書及び添付書類一式を尼崎市保健所疾病対策課まで郵送ください。

※この補助金に関する申請書類様式ファイルは市ホームページに掲載しています。

5 申請にかかるスケジュール(令和6年度)

- (1) 交付申請提出期限 令和6年11月15日(金)
- (2) 交付決定通知時期 令和6年12月13日(金)
- (3) 補助金請求期限 令和7年3月31日(月)

※上記(1)の交付申請提出期限に関わらず、予算の上限に達し次第、受付を終了します。

※上記(2)及び(3)の間にあたるシステム改修終了時において、補助事業実績報告書(様式任意)及び対象経費の支出を確認できる書類(領収書等)を提出いただき、補助金交付額の確定を行います。

※令和7年度の実施については、厚生労働省の方針が示されていないため未定です。

6 その他(注意事項)

- (1) 他に設けられているこの補助金と同様の主旨の補助金(デジタル庁の補助金のマイナ診察券のための改修を除く)を重複して交付を受けることはできません。
- (2) この補助金を受ける場合、補助事業に関連し、厚生労働省が行う調査等及び厚生労働省が行う先行版上限額管理システムの稼働・実証への協力の求めがあった場合に応じる必要があります。

以上

書類の提出先及び問合せ先

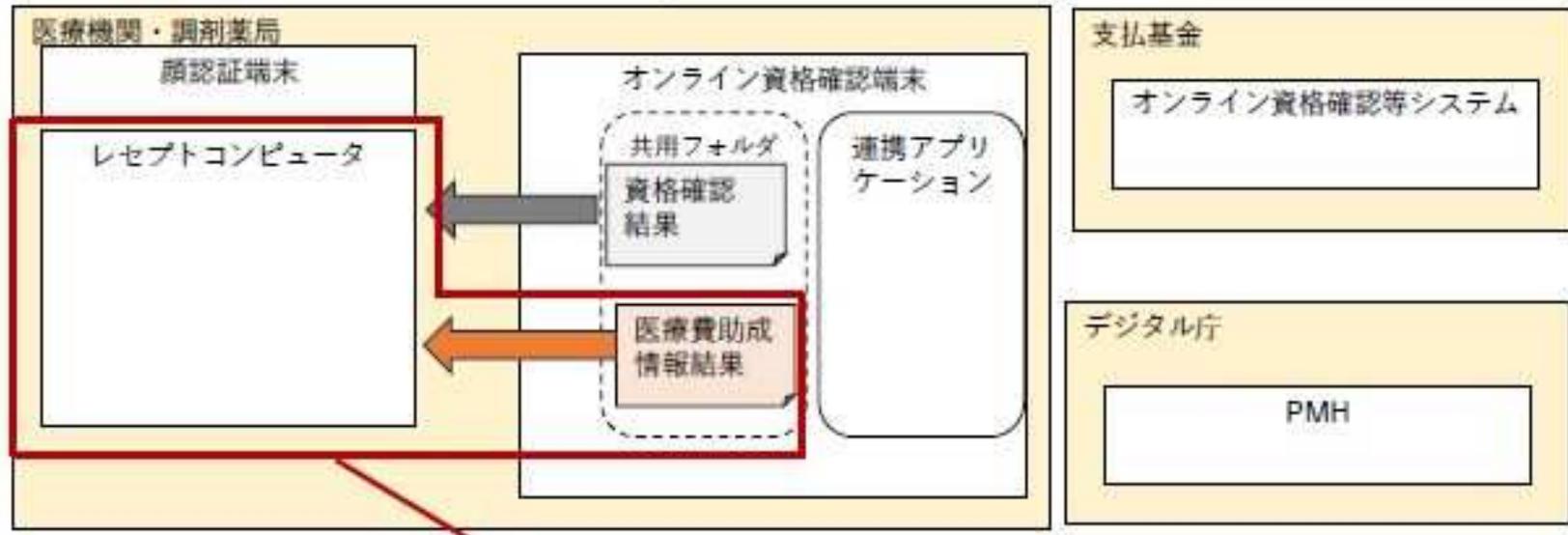
尼崎市保健所疾病対策課 小児慢性特定疾病担当

〒660-0052 尼崎市七松町1-3-1-502

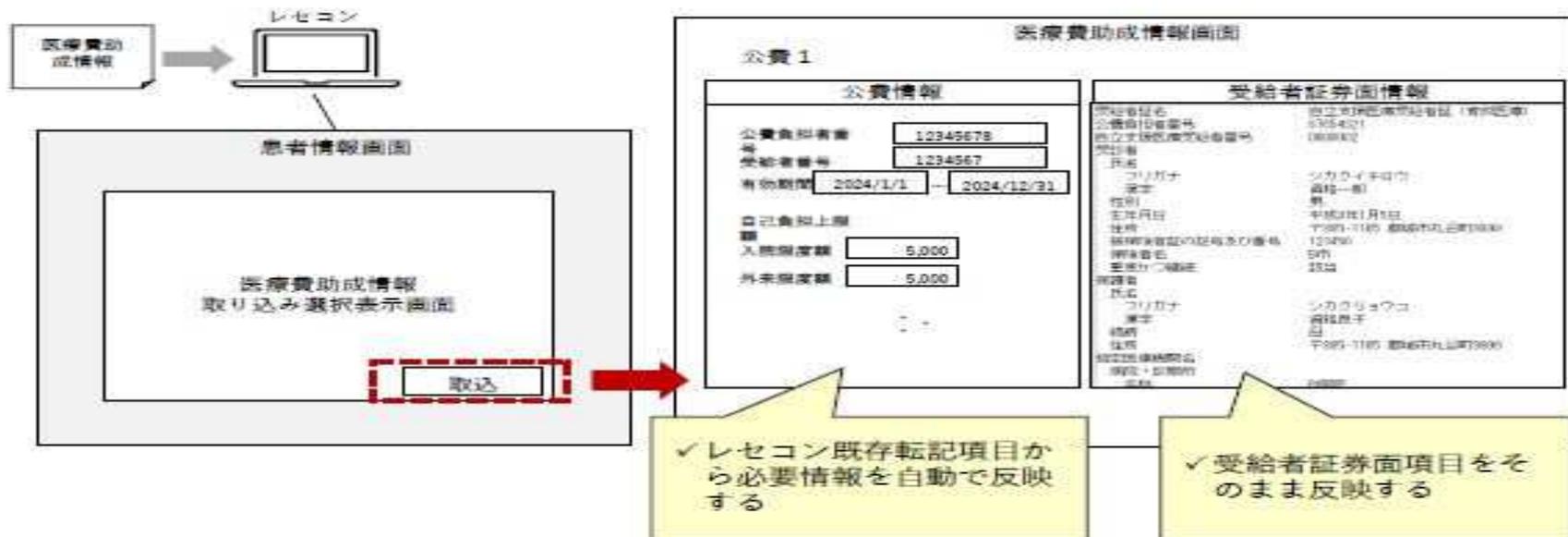
06-4869-3053

【レセプトコンピュータの改修範囲】

レセコンベンダ様に改修いただきたい範囲 (レセプトコンピュータの太枠部分)



【システム改修後のレセプトコンピュータ画面イメージ】



尼崎市長 様

申請者 住所

氏名 (法人にあつては名称及び代表者)

尼崎市小児慢性特定疾病指定医療機関における公費負担医療及び地方公共団体の医療費助成事業に係る資格確認のオンライン化事業補助金交付申請書

年度 尼崎市小児慢性特定疾病指定医療機関における公費負担医療及び地方公共団体の医療費助成事業に係る資格確認のオンライン化事業補助金について、尼崎市小児慢性特定疾病指定医療機関における公費負担医療及び地方公共団体の医療費助成事業に係る資格確認のオンライン化事業補助金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。

記

- 1 補助金の交付申請額 (円)
- 2 補助対象期間
- 3 医療機関概要
 - (1) 医療機関名
 - (2) 医療機関所在地
 - (3) 医療機関コード
 - (4) 連絡先
- 4 添付書類(写しでも可)
 - (1) 見積書
 - (2) 医療機関内のシステム改修についての説明資料
 - (3) 事業実施に関する参考書類
- 5 誓約事項 (□に✓を記入)
 - 小児慢性特定疾病対策国庫補助金交付要綱(厚生労働省発健0530第5号)に基づく今回申請する補助金と同様の他の補助金及びデジタル庁が実施する訪問診療等・オンライン診療等におけるオンライン資格確認等の導入に係る助成金(マイナンバーカードの診察券利用にかかる改修を除く)との重複申請ができないことを確認したうえ申請します。

〇〇 年 〇 月 〇 日

尼崎市長 様

申請者 住所 尼崎市〇〇〇-〇〇-〇〇
氏名 〇〇 〇〇

尼崎市小児慢性特定疾病指定医療機関における公費負担医療及び地方公共団体の医療費助成事業に係る資格確認のオンライン化事業補助金交付申請書

令和6年度 尼崎市小児慢性特定疾病指定医療機関における公費負担医療及び地方公共団体の医療費助成事業に係る資格確認のオンライン化事業補助金について、尼崎市小児慢性特定疾病指定医療機関における公費負担医療及び地方公共団体の医療費助成事業に係る資格確認のオンライン化事業補助金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 補助金の交付申請額 (100,000 円)

2 補助対象期間

令和6年1月25日～令和7年3月31日

3 医療機関概要

- (1) 医療機関名 〇〇クリニック
- (2) 医療機関所在地 尼崎市〇〇〇-〇〇-〇〇
- (3) 医療機関コード 28〇〇〇〇〇〇〇〇
- (4) 連絡先 06-〇〇〇〇-〇〇〇〇

4 添付書類(写しでも可)

- (1) 見積書
- (2) 医療機関内のシステム改修についての説明資料
- (3) 事業実施に関する参考書類

5 誓約事項 (□に✓を記入)

- 小児慢性特定疾病対策国庫補助金交付要綱(厚生労働省発健0530第5号)に基づく今回申請する補助金と同様の他の補助金及びデジタル庁が実施する訪問診療等・オンライン診療等におけるオンライン資格確認等の導入に係る助成金(マイナンバーカードの診察券利用にかかる改修を除く)との重複申請ができないことを確認したうえ申請します。

補助金交付決定後、システム改修着手から補助金請求を行うまでの期間を記入

システム改修に関するベンダーからの見積書及び改修内容が分かる書類を添付

年 月 日

尼崎市長 様

申請者 住所

氏名 (法人にあつては名称及び代表者)

尼崎市小児慢性特定疾病指定医療機関における公費負担医療及び地方公共団体の医療費助成事業に係る資格確認のオンライン化事業補助金交付請求書

年 月 日付尼 号にて補助金交付の確定を受けた 年度 尼崎市小児慢性特定疾病指定医療機関における公費負担医療及び地方公共団体の医療費助成事業に係る資格確認のオンライン化事業補助金について、尼崎市小児慢性特定疾病指定医療機関における公費負担医療及び地方公共団体の医療費助成事業に係る資格確認のオンライン化事業補助金交付要綱第16条の規定により、下記のとおり請求します。

記

1. 補助金の請求額 () 円

2. 補助金の振込先

金融機関名	
支店名	
預金種別	
口座番号	
フリガナ	
口座名義人	

〇〇年 〇 月 〇 日

尼崎市長 様

申請者 住所 尼崎市〇〇〇-〇〇-〇〇
氏名 〇〇 〇〇

尼崎市小児慢性特定疾病指定医療機関における公費負担医療及び地方公共団体の医療費助成事業に係る資格確認のオンライン化事業補助金交付請求書

令和〇年〇月〇日付尼〇〇〇〇号にて補助金交付の確定を受けた令和6年度 尼崎市小児慢性特定疾病指定医療機関における公費負担医療及び地方公共団体の医療費助成事業に係る資格確認のオンライン化事業補助金について、尼崎市小児慢性特定疾病指定医療機関における公費負担医療及び地方公共団体の医療費助成事業に係る資格確認のオンライン化事業補助金交付要綱第16条の規定により、下記のとおり請求します。

記

1. 補助金の請求額 (100,000) 円

2. 補助金の振込先

金融機関名	〇〇銀行
支店名	〇〇支店
預金種別	普通
口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
フリガナ	〇〇 〇〇
口座名義人	〇〇 〇〇

尼崎市長 様

住 所

氏 名

(法人にあつては名称及び代表者)

消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

年 月 日付け尼第 号により交付決定を受けた尼崎市小児慢性特定疾病指定医療機関における公費負担医療及び地方公共団体の医療費助成事業に係る資格確認のオンライン化事業補助金については、尼崎市小児慢性特定疾病指定医療機関における公費負担医療及び地方公共団体の医療費等成事業に係る資格確認のオンライン化事業補助金交付要綱第8条第2号の規定により付された条件に基づき、下記のとおり報告します。

記

- 1 尼崎市小児慢性特定疾病指定医療機関における公費負担医療及び地方公共団体の医療費助成事業に係る資格確認のオンライン化事業補助金交付要綱の規定による確定額又は実績報告による精算額

金 円

- 2 消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額 (要補助金等返還相当額)

金 円

- 3 添付書類

記載内容を確認するための書類(確定申告書の写し、課税売上割合等が把握できる資料、特定収入の割合を確認できる資料)を添付します。

〇〇年〇月〇日

尼崎市長 様

住 所 尼崎市〇〇〇-〇〇-〇〇

氏 名 〇〇 〇〇

(法人にあつては名称及び代表者)

消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

〇〇年〇月〇日付け尼〇〇第〇〇号により交付決定を受けた尼崎市小児慢性特定疾病指定医療機関における公費負担医療及び地方公共団体の医療費助成事業に係る資格確認のオンライン化事業補助金については、尼崎市小児慢性特定疾病指定医療機関における公費負担医療及び地方公共団体の医療費等成事業に係る資格確認のオンライン化事業補助金交付要綱第8条第2号の規定により付された条件に基づき、下記のとおり報告します。

記

- 1 尼崎市小児慢性特定疾病指定医療機関における公費負担医療及び地方公共団体の医療費助成事業に係る資格確認のオンライン化事業補助金交付要綱の規定による確定額又は実績報告による精算額

金 100,000円

- 2 消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額 (要補助金等返還相当額)

金 0円

- 3 添付書類

記載内容を確認するための書類(確定申告書の写し、課税売上割合等が把握できる資料、特定収入の割合を確認できる資料)を添付します。