様式第１号－③
薬局用
（物価支援分）

物価支援分を申請する場合は、
本書を作成してください。

【記載例】

島根県知事　様

開設者	**株式会社　島根県庁**
薬局の名称	**島根県庁薬局**

薬局物価支援事業申請書兼実績報告書

薬局物価支援事業について、次のとおり申請し、診療に必要な経費を対象とした支援を受けたことを報告します。

【申請額】

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３）」に記載している令和７年４月30日時点の数により申請額が決まります。申請される場合には、該当の欄に「〇」を入力してください。
※「〇」を入力すると申請額が自動入力されます。

所属する同一グループ内の保険薬局の数として１店舗以上５店舗以下（当該保険薬局を含む）である保険薬局に該当（R7.4.30時点） ※該当する場合は〇を記載					算定額
〇	×	85,000円	＝		85,000円
所属する同一グループ内の保険薬局の数として６店舗以上19店舗以下（当該保険薬局を含む）である保険薬局に該当（R7.4.30時点） ※該当する場合は〇を記載		給付額			算定額
	×	75,000円	＝		0円
所属する同一グループ内の保険薬局の数として20店舗以上（当該保険薬局を含む）である保険薬局に該当（R7.4.30時点） ※該当する場合は〇を記載		給付額			算定額
	×	50,000円	＝		0円

申請額
85,000円