

様式第1号-②
薬局用
(賃上げ支援分)

賃上げ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

薬局賃上げ支援事業申請書

薬局賃上げ支援事業について、次のとおり申請します。

【対象施設であることの申出】※該当する要件にチェックを入れること

<input checked="" type="checkbox"/>	①：令和8年6月1日時点で令和8年度診療報酬改定による見直し後のベースアップ評価料を届け出る。
-------------------------------------	---

【その他要件を満たすことの確認・誓約等】

<input checked="" type="checkbox"/>	②：本事業の給付額を活用してベースアップを実施し、令和8年6月1日から当該ベースアップの水準を維持又は拡大する。 (②、③、④の重複可)
<input type="checkbox"/>	③：賃金表等や給与規程等の変更に時間を要するため、本事業の給付額を活用して一時金又は特 令和8年6月1日から支給した対象職員のベースアップを実施する。(②、③、④の重複可)
<input type="checkbox"/>	④：令和7年度の対象職員のベースアップが令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0% 令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分に充てる。(②、③、④の重複可)
<input checked="" type="checkbox"/>	⑤：本事業の給付額は②～④のために支出する。
<input checked="" type="checkbox"/>	⑥：本事業により賃金改善を行う時点から令和8年5月までの間、賃金項目(業績等に応じて変 の水準を低下させていない。
<input checked="" type="checkbox"/>	⑦：著しく偏った配分は行っていない。
<input checked="" type="checkbox"/>	⑧：労働基準法、労働災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働 罰金以上の刑に処せられていない。
<input checked="" type="checkbox"/>	⑨：労働保険料の納付が適正に行われている。

②～④については、該当する賃金
改善の方法にチェックを入れて
ください。(いずれかには必ず
チェック)

⑤～⑨については、全ての要件
を満たしていただく必要があり
ます。(全てにチェック)

【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「○」を入力してください。
※「○」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○を記載	<input type="radio"/>	×	145,000円	=	算定額 145,000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○を記載	<input type="radio"/>	×	105,000円	=	算定額 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○を記載	<input type="radio"/>	×	70,000円	=	算定額 0円
					申請額 145,000円