

**令和7年度
こども DX 推進に向けた
医療機関等における
マイナンバーカード利活用推進事業
補助金申請手続きの手引き**

令和7年7月25日版

東京都デジタルサービス局デジタル戦略部

デジタル企画調整課こども DX 推進担当

更新履歴

更新日	更新内容
令和7年7月25日	初版

目次

1	目的	4
2	補助対象事業	4
3	補助対象者	4
4	対象経費	5
5	交付額	6
6	手続き	6
	(1) レセコンの改修	6
	(2) 基金への補助金申請	6
	(3) G ビズ ID の取得（（1）（2）の完了前にも実施いただけます。）	7
	(4) 東京都への補助金申請（電子申請）	8
	(5) 審査	9
	(6) 交付決定・額の確定	12
	(7) 補助金の交付	14
	(8) 消費税及び地方消費税の仕入控除税額報告	14
7	問合せ先	14
8	その他注意事項	14
	(1) 補助事業者の公表	14
	(2) 要綱等の遵守	15
	(3) 申請時のご協力について（「 手続サクサク プロジェクト 」への参加のお願い）	15
	(4) その他	15
◎	令和7年度補助金事務の流れ	16
◎	申請フォーム・提出書類記入例・記入上の注意	17
	(1) 【個別申請用】申請フォーム	17
	(2) 別記第1号様式別紙1（東京都様式）	24
	(3) 委任状（東京都様式）	26

1 目的

都内に開設する保険医療機関等※において、マイナンバーカードを公費負担医療及び地方単独医療費助成の受給者証として利用可能とするために実施する PMH（Public Medical Hub）接続に必要なシステム改修等に係る費用の負担に対して、東京都（以下「都」という。）が補助を行い、公費負担医療及び地方単独医療費助成のオンライン資格確認の導入に向けた取組を推進することで、都民及び保険医療機関等の利便性向上を図ることを目的とするものです。

※健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第1号に掲げる病院若しくは診療所又は薬局

2 補助対象事業

医療保険においてオンライン資格確認を実施可能な体制を整えている医療機関・薬局において、公費負担医療や地方単独医療費助成のオンライン資格確認を実施できるためのレセプトコンピューター（以下「レセコン」という。）の改修※

※社会保険診療報酬支払基金（以下「基金」という。）が定めた「保険医療機関等向け社会保障・税番号制度システム整備費補助金実施要領（医療機関等におけるマイナンバーカード利活用推進事業*¹）」又は「保険医療機関等向け地域診療情報連携推進費補助金実施要領（医療機関等におけるマイナンバーカード利活用推進事業*¹）*²」の第3「補助対象事業」の1及び2に規定する事業

*¹医療機関等におけるマイナンバーカード利活用推進事業（基金 医療機関向け総合ポータルサイト）
https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=kb_article_view&sysparm_article=KB0011504

*²基金の要領は以下の「5. 助成対象項目」からご確認いただけます。

医療費助成のオンライン資格確認・マイナ診察券に係る助成金について(医療機関等におけるマイナンバーカード利活用推進事業)（基金 医療機関向け総合ポータルサイト）

https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=kb_article_view&sysparm_article=KB0011208

3 補助対象者

都内に開設している保険医療機関等（健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第1号に掲げる病院若しくは診療所又は薬局）のうち、次に掲げる要件の全てに該当するものとします。

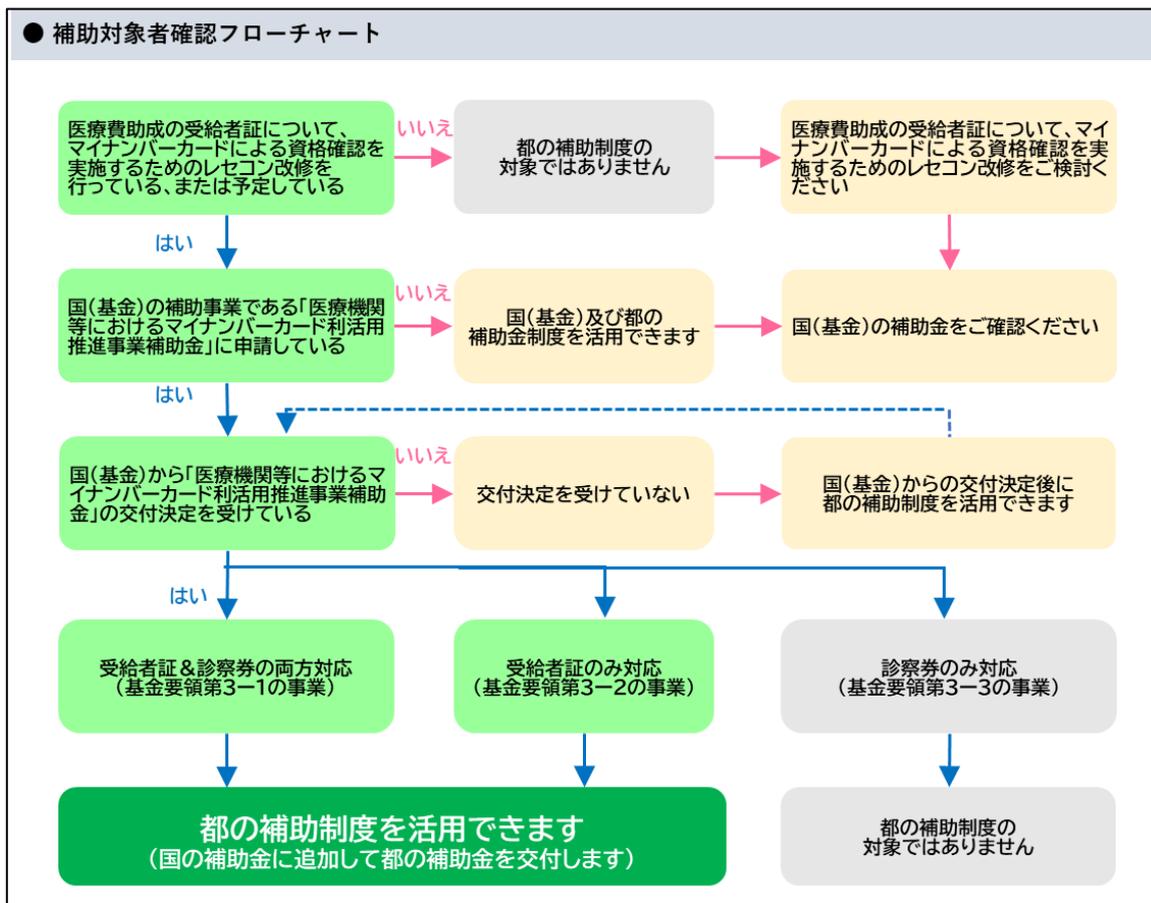
- (1) 医療保険においてオンライン資格確認を実施可能な体制を整えている保険医療機関等において、公費負担医療や地方単独医療費助成のオンライン資格確認を実施できるためのレセコンの改修を完了していること。

(2) 国（基金）から「医療機関等におけるマイナンバーカード利活用推進事業」の補助金の交付決定（※1）を受けていること※2。

※1 基金から要領の第8「交付金の決定及び通知」に規定する「交付決定通知書」を受領していること

※2 今年度に国（基金）の交付決定を受けた医療機関・薬局のほか、令和6年度に国（基金）の交付決定を受け本補助金の申請を行っていない医療機関・薬局も、今年度の申請が可能です。ただし、令和6年度に以下の補助金の交付を受けた場合は対象外です。

- ・難病、小児慢性特定疾病及び自立支援医療（精神通院医療）医療費助成に係るオンライン資格確認のための医療機関システム改修等事業（厚生労働省補助、都保健医療局又は福祉局から交付）



※国（基金）の補助金の申請方法は以下をご参照ください。

医療費助成（公費負担医療、地方単独の医療費助成）マイナ診察券
（基金 医療機関向け総合ポータルサイト）

https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=kb_article_view&sysparm_article=KB0011504

4 対象経費

公費負担医療や地方単独医療費助成のオンライン資格確認を実施できるためのレセコンの改修等に係る経費

要注意点！

国（基金）補助金の対象経費である「マイナンバーカードの診察券利用のためのレセコンや再来受付機その他必要なシステムの改修等に係る経費」は、都補助においては対象となりませんのでご注意ください。

5 交付額

対象経費に以下の補助率に定める率を乗じて算定した額と、補助限度額を比較して少ない額とします。
(千円未満の端数は、切り捨てます。)

施設種別	補助率	補助限度額
病院	1/4	14.1万円まで（56.6万円に左欄の補助率を乗じた額）
診療所、薬局		1.8万円まで（7.3万円に左欄の補助率を乗じた額）

6 手続き

(1) レセコンの改修

公費負担医療や地方単独医療費助成のオンライン資格確認を実施できるためのレセコンの改修を実施してください。

(2) 基金への補助金申請

以下サイトをご確認のうえ基金へ補助金申請し、交付決定通知書を受領してください。

医療機関等におけるマイナンバーカード利活用推進事業（基金 医療機関等向け総合ポータルサイト）

https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=kb_article_view&sysparm_article=KB0011504

○基金への申請期限：令和8年1月15日（木曜日）

【注意事項】領収書内訳書の記載方法について

領収書内訳書で記入する「項目」欄にて、本事業の対象経費となる、公費負担医療や地方単独医療費助成のオンライン資格確認を実施できるためのレセコンの改修に係る経費分については、必ず「レセプトコンピューター関係（PMH）」の欄（画像の赤枠箇所）へ記入してください。

要注意点！

- ※ **領収書内訳書に「レセプトコンピューター（PMH）」欄への記入が無く、かつ、「レセプトコンピューター（PMH）」に係る補助対象金額が不明確な場合は、都の補助金に申請することができませんので十分ご注意ください。**

別紙様式1		領収書内訳書		西暦 年 月 日	
保険医療機関等コード		システムベンダ名称			
保険医療機関等名称		所在地			
総額 (①+②) ¥0		電話番号			
No	項目	内訳	①補助対象金額	②補助対象外金額	
1	レセプトコンピューター関係 (PMH)	オンライン資格確認等システムを通じて医療費助成情報を取得し反映する改修に係る経費			
2	レセプトコンピューター・電子カルテ関係 (診察券)	マイナンバーカードの診察券利用のための改修に係る経費			
3	再来受付機関係	マイナンバーカードの診察券利用のための改修に係る経費 (再来受付機自体の改修、再来受付機内アプリケーションの導入及びアップデート費用、再来受付機の新規購入に係るオプション費用)			
		再来受付機の改修に伴い発生する周辺システムの改修費			

(3) G ビズ ID の取得 ((1) (2) の完了前にも実施いただけます。)

補助金申請にあたっては、デジタル庁が運営する補助金の電子申請システム「**jGrants (J グランツ)**」にて申請を受け付けます。jGrants を利用するには、**法人共通認証基盤「G ビズ ID」**のアカウント取得が必要です。

【注意事項】

- ・ ID 発行 (**gBizID プライム**※) までに**概ね 2～3 週間程度**時間を要するため、余裕を持って準備してください。
- ・ ※G ビズ ID には、gBizID プライム、gBizID メンバー、gBizID エントリーという 3 種類のアカウントがありますが、当事業の申請には、gBizID プライムまたは gBizID メンバーが必要となります。
- ・ 電子申請を利用するためには、**J グランツの利用規約**および**プライバシーポリシー**に同意することが必要です。
 (参考) 利用規約：<https://www.jgrants-portal.go.jp/stipulation>
 プライバシーポリシー：<https://www.jgrants-portal.go.jp/privacy-policy>
- ・ jGrants 及び G ビズ ID は、国 (デジタル庁) が提供するサービスであるため、本サービスに関して質問等がある場合は、以下を参考にお問い合わせください。

OjGrants

- ・公式サイト：<https://www.jgrants-portal.go.jp/>
- ・よくあるご質問（jGrants 公式サイト内）：<https://www.jgrants-portal.go.jp/faq>

OG ビズ ID

- ・公式サイト：<https://gbiz-id.go.jp/top/>
- ・よくあるご質問（G ビズ ID 公式サイト内）：<https://gbiz-id.go.jp/top/faq/faq.html>
- ・問合せ先：デジタル庁ヘルプデスク
電話番号 0570-023-797 受付時間 9:00～17:00（土・日・祝日、年末 年始を除く）

（４）東京都への補助金申請（電子申請）

東京都へ補助金申請を行ってください。

○申請期限：令和 8 年 2 月 27 日（金曜日）

jGrants を利用して申請を受け付けます。

医療法人や大型チェーン薬局など複数の対象保険医療機関等から構成される組織の代表者が、同組織に属する複数の保険医療機関等の申請を一括して行うことも可能です（一括申請）。

○申請フォーム：<https://www.jgrants-portal.go.jp/subsidy/a0WJ20000CDRArMAP>

申請フォームの記入方法は「◎申請フォーム・提出書類記入例・記入上の注意」をご参照ください。

○提出書類

申請フォームに以下 【1】から【6】 までの書類を添付のうえ申請してください。

本補助金の申請のために作成する書類※

- 【1】別記第 1 号様式別紙 1（補助金申請額算出表）
- 【2】委任状（申請代表者名義ではない口座への支払を希望する場合のみ）

書類の記入方法は「◎申請フォーム・提出書類記入例・記入上の注意」をご参照ください。

※各種様式は以下よりダウンロードしてください。

申請こども DX 推進に向けた医療機関等におけるマイナンバーカード利活用推進事業

<https://pmh-hojokin2025.metro.tokyo.lg.jp/>

※交付要綱に掲載している「別記第 1 号様式」は、申請フォーム上で同内容をご入力いただくため、ご提出不要です。

基金に提出した書類

- 【3】領収書の写し※
- 【4】「領収書内訳書」の写し※
- 【5】「チェックシート」の写し

※令和6年度に基金へ以下の「領収書」「領収書内訳書」に代わる書類を提出し交付決定を受けた場合、都へは、**基金へ提出した書類ではなく、「領収書」「領収書内訳書」を別途ご用意**のうえご提出ください。

- ・契約書またはメーカー等の押印がある等受注の事実が確認できる発注書等
(金額が確認できるもの) ※都への提出は不要
- ・契約書または見積書に記載された金額の内訳について記載した書類 ※都への提出は不要

「領収書内訳書」の様式は以下ページの「6.助成金申請に必要な書類」の「2 領収書内訳書」からダウンロードしてください。

○医療費助成のオンライン資格確認・マイナ診察券に係る助成金について(医療機関等におけるマイナンバーカード利活用推進事業)(基金 医療機関向け総合ポータルサイト)

https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=kb_article_view&sysparm_article=KB0011208#mctoc_1i3uhe4pk26

基金から受領した書類

- 【6】基金が交付する「交付決定通知書」の写し

(5) 審査

(4)により申請いただいた書類について、事務局及び都にて審査します。記載事項の誤りや、提出書類に不足等があった場合には修正依頼等の連絡をさせていただきます。

○差戻し発生時の再提出方法

①jGrants 事務局 (no-reply@jgrants-portal.go.jp) より申請が差戻しされた旨のメールが送付されます。

※メール内の URL (赤枠) を選択いただくと、④のページへ遷移します。

こちらは jGrants 事務局です。

下記の申請が「差戻し対応中」になりました。

補助金名：こども DX 推進に向けた医療機関等におけるマイナンバーカード利活用推進事業補助金

事業名称：こども DX 推進のための医療機関等におけるマイナンバーカード利活用推進事業

提出申請：こども DX_交付申請_申請フォーム

※ご修正依頼の詳細が掲載されていますので必ずご一読ください

https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=kb_article_view&sysparm_article=KB0011504

<https://>

上記 URL をクリックし、修正等の操作を実施ください。

※本メールは自動送信されています。このメールに返信いただいても回答できませんので、
予めご了承ください。

(c) jGrants

②jGrants ホームページ (<https://www.jgrants-portal.go.jp/>) 上で「マイページ」を選択してください。



③申請履歴から対象の「事業」を選択してください。

マイページ

申請した事業を検索

事業名

[詳細な検索条件を開く](#)

検索

申請履歴

12 件中の 1 件目 ~ 12 件目を表示

事業	補助金	手続き	事業開始日	事業終了日
こどもDX推進のための医療機関等におけるマイナンバーカード利活用推進事業	こどもDX推進に向けた医療機関等におけるマイナンバーカード利活用推進事業補助金	こどもDX_交付申請		2025/03/31

- ④③ 「作成済みの申請」内の「申請状況」が「差戻し中」になっていることをご確認のうえ、「申請」欄を選択してください。

事業の詳細

補助金 [こどもDX推進に向けた医療機関等におけるマイナンバーカード利活用推進事業補助金](#)

事業 [こどもDX推進のための医療機関等におけるマイナンバーカード利活用推進事業](#)

手続き [こどもDX_交付申請](#)

作成済みの申請

※下書き中の申請は下表のリンクから申請してください。

申請	申請状況	申請完了日時	通知文書（文面）	通知文書添付ファイル	申請番号	下書き削除
こどもDX_交付申請_申請フォーム	差戻し対応中	2024年12月5日 13:23			RFI-0001143877	

- ⑤ 「差戻し/棄却コメント」（青枠）の記載をご確認のうえ、修正完了後に「申請する」を選択してください。

申請

申請先情報

申請番号 RFI-0001143877
補助金名 こどもDX推進に向けた医療機関等におけるマイナンバーカード利活用推進事業補助金
申請フォーム名 こどもDX_交付申請_申請フォーム

差戻し/棄却コメント

差戻し/棄却コメント

※ご修正依頼の詳細が掲載されていますので必ずご一読ください

事業者基本情報

GBizID等の事業者情報がプレ入力されています。空欄があればご入力ください。

事業形態 個人事業主	法人番号/事業者識別番号 979DD5C1
法人名/屋号 マイナンバーカード利活用推進事業補助金テスト用	保険医療機関等名称 テスト病院
本社所在地/印鑑登録証明書住所(都道府県) 東京都	本社所在地/印鑑登録証明書住所(市区町村) 新宿区

本社所在地/印鑑登録証明書住所(都道府県)
東京都

申請する

一時保存する

(6) 交付決定・額の確定

審査の結果、本補助金を交付する旨の決定をしたときは、jGrants上で決定内容を交付決定兼額の確定通知書により通知します。

○ご確認方法

①jGrants ホームページ (<https://www.jgrants-portal.go.jp/>) 上で「マイページ」を選択してください。



②申請履歴から対象の「事業」を選択してください。



③「作成済みの申請」内の「通知文書（文面）」の「文面表示」を選択すると交付決定通知書をご確認いただけます。

また、「通知文書添付ファイル」には、交付決定後に関するご案内を掲載しております。「【ご案内】交付決定後について.pdf」を選択のうえ必ずご確認ください。

作成済みの申請 ※下書き中の申請は下表のリンクから申請してください。

申請	申請状況	申請完了日時	通知文書（文面）	通知文書添付ファイル	申請番号	下書き削除
こどもDX 交付申請 申請フォーム	申請済み	2024年9月 17日 22:10	文面表示	【ご案内】交付決定後について.pdf	RF-0001140548	

（7）補助金の交付

（6）により決定した補助金額を、指定の金融機関口座へお振り込みいたします。

（8）消費税及び地方消費税の仕入控除税額報告

来年度、本補助金に係る消費税及び地方消費税の仕入控除税額の報告をご依頼する予定です。
詳細につきましては、令和8年4月以降に改めてご案内いたします。

【注意事項】

jGrants 上でご報告いただく予定のため、本補助金の申請に利用した **G ビズ ID 及び jGrants 申請履歴は削除しないよう** お願いいたします。

7 問合せ先

東京都マイナンバーカード利活用推進事業事務局

○ホームページ：<https://pmh-hojokin2025.metro.tokyo.lg.jp>

○お問合せフォーム：<https://pmh-hojokin2025.metro.tokyo.lg.jp/contact.html>

○電話番号：0120-905-122（土日祝日・年末年始を除く9時から17時まで）

8 その他注意事項

（1）補助事業者の公表

都民の利便性向上のため、補助を行った医療機関・薬局の皆様については、医療費助成の受給者証とマイナンバーカードの一体化に対応した医療機関としてホームページ上に公表させていただく可能性もありますので、あらかじめご了承ください。

(2) 要綱等の遵守

事業の実施に当たっては、「こども DX 推進こども DX 推進に向けた医療機関等におけるマイナンバーカード利活用推進事業実施要綱」、「こども DX 推進に向けた医療機関等におけるマイナンバーカード利活用推進事業補助金交付要綱」の規定を遵守し、事務手続を進めてください。

(3) 申請時のご協力について（「手続サクサク プロジェクト」への参加のお願い）

本申請においてご提供いただいた法人情報等について、都によるデータ収集にご同意いただき、今後、都の他の補助金等の申請手続の際にデータ入力を省略可能とする取組を行っています（「手続サクサクプロジェクト」）。

都によるデータ収集に関する同意につき、ご理解ご協力のほど、よろしく申し上げます。

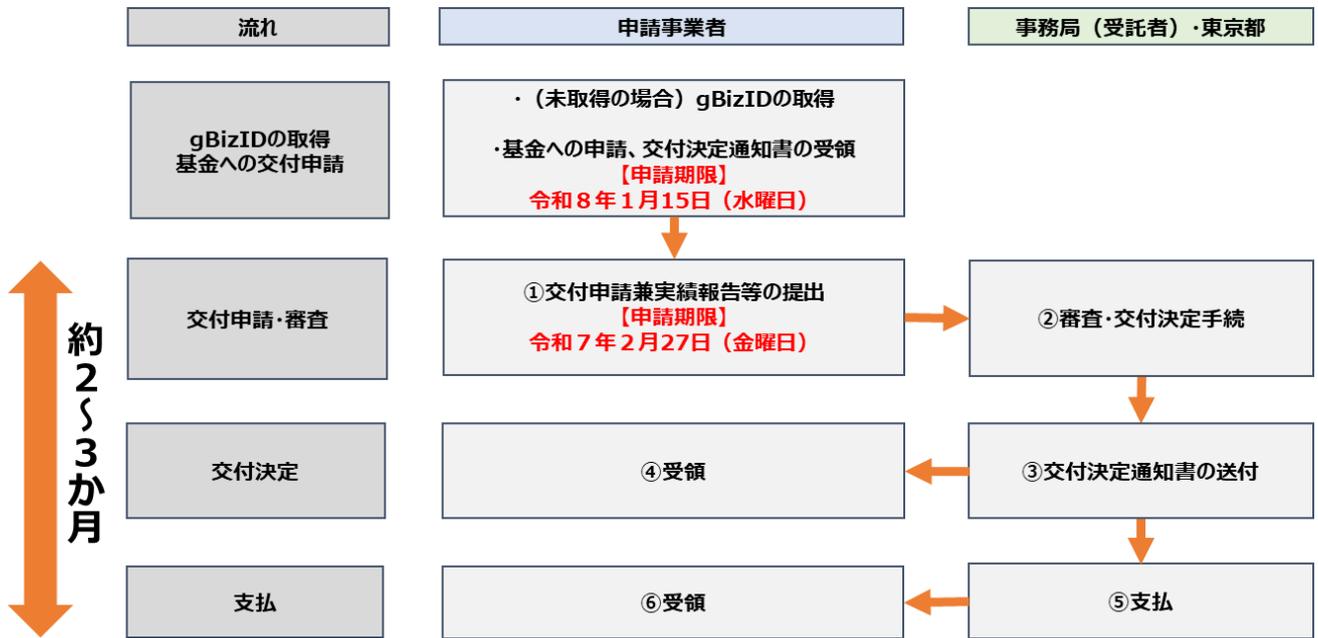
（参考）手続サクサクプロジェクト（事業者データベース）

https://www.digitalservice.metro.tokyo.lg.jp/business/procedure/base_registry

(4) その他

本手引きに記載の無い事項について対応をお願いする場合は、別途御連絡させていただきます。

◎ 令和7年度補助金事務の流れ



◎ 申請フォーム・提出書類記入例・記入上の注意

(1) 申請フォーム

●申請方法

申請方法

必須 申請方法を選択してください。

個別申請

一括申請

●個別申請
個々の保険医療機関等が申請する方法

●一括申請
医療法人や大型チェーン薬局など複数の対象保険医療機関等から構成される組織の代表者が、同組織に属する複数の保険医療機関等の第1項に係る申請を一括して行う方法

- ・ 申請方法を選択してください。・・・希望する申請方法を選択してください。

(参考) 申請方法

- ・ 個別申請・・・個々の保険医療機関等が申請する方法
- ・ 一括申請・・・医療法人や大型チェーン薬局など複数の対象保険医療機関等から構成される組織の代表者が、同組織に属する複数の保険医療機関等の第1項に係る申請を一括して行う方法

●事業者基本情報

事業者基本情報

Gビジネス等の事業者情報がプレ入力されています。空欄があればご入力ください。

事業形態 [REDACTED]	法人番号/事業者識別番号 [REDACTED]
法人名/屋号 [REDACTED]	必須 保険医療機関等名称 〇〇病院
本社所在地/印鑑登録証明書住所（都道府県） 東京都	本社所在地/印鑑登録証明書住所（市区町村） 新宿区
本社所在地/印鑑登録証明書住所（番地等） [REDACTED]	必須 電話番号 03000000000
代表者名/個人事業主氏名（姓） [REDACTED]	代表者名/個人事業主氏名（名） [REDACTED]
必須 代表者役職 代表者	

※一括申請の場合は「一括申請」と入力してください。

※個人事業主の方の場合は「代表者」と入力してください。

- ・ 保険医療機関等名称・・・【個別申請】保険医療機関等の名称を入力してください。
【一括申請】「一括申請」と入力してください。
- ・ 電話番号・・・・・・・・・・..ハイフン無しで代表電話番号を入力してください。
- ・ 代表者役職・・・・・・・・・・申請代表者の役職を記入してください。個人事業主の場合は「代表者」と入力してください。

※赤枠内以外の項目は自動入力されます（編集不可）。

●申請担当者の連絡先

申請担当者の連絡先

GビズIDアカウント利用者情報がプレ入力されています。必要に応じて修正ください。

連絡先郵便番号	1630824	連絡先住所（都道府県）	東京都
連絡先住所（市区町村）	新宿区	連絡先住所（番地等）	西新宿2-4-1
連絡先住所（建物名等）	新宿NSビル24階		
必須 会社部署名/部署名	〇〇病院〇〇課		
必須 担当者氏名（姓）	東京	必須 担当者氏名（名）	太郎
必須 連絡先電話番号	00000000000	必須 担当者メールアドレス	xxxx_xxxx@xxx.jp

・連絡先郵便局番号～担当者メールアドレス

・・・本補助金の申請手続を行う御担当者様の情報を入力してください。

※ご入力いただいた情報を基に、必要に応じて事務局及び都よりご連絡させていただく場合があります。

※GビズIDアカウントに登録してある情報が自動入力されます。必要に応じてご修正ください。

●事業基本情報

事業基本情報 ^

○記載方法

【事業の名称】令和7年度子どもDX推進に向けた医療機関等におけるマイナンバーカード利活用推進事業
 【事業開始日の決定方法】交付決定日から開始
 【事業終了日】2026/03/31
 【補助事業に要する経費（合計） 補助対象経費（合計）】別記第1号様式別紙1の「①交付要綱第3条に係る総事業費（税込）」の合計額
 【補助金交付申請額（合計）】別記第1号様式別紙1の「④補助金申請額」の合計額

必須 事業の名称

必須 事業開始日の決定方法

交付決定日から開始

指定日から開始

事業終了日と同日

事業開始日（公募・交付申請時）

必須 事業終了日（公募・交付申請時）

「指定日から開始」以外を選択した場合、「事業開始日」の値は無効となります。

必須 補助事業に要する経費（合計）

必須 補助対象経費（合計）

必須 補助金交付申請額（合計）

「補助事業に要する経費（合計）」「補助金交付申請額（合計）」「補助対象経費（合計）」は半角数字で入力ください。半角数字以外は入力できません。

- ・ 事業の名称 「令和7年度子どもDX推進に向けた医療機関等におけるマイナンバーカード利活用推進事業」と入力してください。
- ・ 事業開始日の決定方法 「交付決定日から開始」を選択してください。
- ・ 事業開始日 入力不要です。
- ・ 事業終了日 「2026/03/31」と入力してください。
- ・ 補助事業に要する経費（合計） 別記第1号様式別紙1の「①交付要綱第3条に係る総事業費（税込）」の合計額を入力してください。
- ・ 補助対象経費（合計） 別記第1号様式別紙1の「①交付要綱第3条に係る総事業費（税込）」の合計額を入力してください。
- ・ 補助金交付申請額（合計） 別記第1号様式別紙1の「④補助金申請額」の合計額を入力してください。

●利用規約

利用規約

必須 利用規約に同意する

はい

同意いただけない場合、申請できません。

[利用規約](#) [プライバシーポリシー](#)

- ・利用規約に同意する・・・「[jGrants 2.0 利用規約](#)」及び「[jGrants 2.0 プライバシーポリシー](#)」をご確認のうえ、同意いただける場合には「はい」を選択してください。

●同意確認事項

同意確認事項

手続サクサクプロジェクトへの参加のお願い

本申請においてご提供いただいた以下の情報について、東京都のデータ収集に同意いただいた場合は、今後、東京都及び東京都政策連携団体、東京都事業協力団体が行う各種補助金等の交付手続等の際、データ入力を省略可能とするほか、口座情報の記載や通帳の写し等の添付、口座情報確認作業等を不要とする「手続サクサクプロジェクト」によるワンスオンリーの取組として利用させていただきます。
参加を希望される方は、下記の「同意します」にチェックをお願いします。

【東京都が収集・利用する情報】

- ・ 事業者基本情報（事業者識別番号（法人にあっては法人番号、個人にあっては事業主管理番号）、商号又は名称商号、代表者職・氏名、店所在地又は住所地）事業所情報（事業所名称、屋号、所在地、電話番号）
- ・ 代表電話番号
- ・ 振込口座情報（金融機関名、支店名、口座種別、口座番号、口座名義人）

必須 上記の【東京都が収集・利用する情報】を、今後、東京都及び東京都政策連携団体、東京都事業協力団体が行う各種補助金の交付手続等の簡素化のために利用することや、補助金等受取口座として指定すること、登録した口座へ口座振替による支払を依頼することに同意します。

同意します

同意しません

- ・手続サクサクプロジェクトへの参加のお願い・・・記載内容をご確認のうえ、「同意します」または「同意しません」を選択してください。

● 交付申請及び実績報告額

交付申請及び実績報告額 ^

必須 補助金申請額の総合計額を入力してください

別記第1号様式別紙1「④補助金申請額」の合計額を入力してください

(1)～(5)の添付書類をご提出ください

【個別申請】
各ファイル名の先頭に「医療機関コード、医療機関名」または「薬局コード、薬局名」を必ずつけてください。

【一括申請】
各書類をzip化して添付してください（パスワードの設定はしないでください）。

【個別申請・一括申請共通】
(2)(3)(4)は社会保険診療報酬支払基金の「医療機関等におけるマイナンバーカード利活用推進事業」に提出したものと同一資料を提出してください。

必須	(1) 別記第1号様式別紙1 1310000000,〇〇病院_別記第1号様式別紙1.xlsx	×	ファイルを選択
必須	(2) 領収書の写し 1310000000,〇〇病院_領収書.pdf	×	ファイルを選択
必須	(3) 領収書内訳書の写し 1310000000,〇〇病院_領収書内訳書.xlsx	×	ファイルを選択
必須	(4) 補助金チェックシートの写し 1310000000,〇〇病院_補助事業チェックシート.xlsx	×	ファイルを選択
必須	(5) 交付決定通知書の写し 1310000000,〇〇病院_決定通知書.pdf	×	ファイルを選択

社会保険診療報酬支払基金が交付する[医療機関等におけるマイナンバーカード利活用推進事業](#)のもの

- ・ 交付申請及び実績報告額・・・・・・・・・・・・・・・・別記第1号様式別紙1の「④補助金申請額」の合計額
をに入力してください。
- ・ (1)～(5)の添付書類をご提出ください・・・・各種提出書類をアップロードしてください。
- ※ **【個別申請の場合】**
各ファイル名の先頭に「医療機関コード、医療機関名」または「薬局コード、薬局名」を必ずつけてください。
- 【一括申請の場合】**
各書類を zip化して添付してください（パスワードの設定はしないでください）。
- ※ (2)(3)(4)は基金の「医療機関等におけるマイナンバーカード利活用推進事業」に提出したものと同一資料を提出してください。

※（５）は基金が交付する「医療機関等におけるマイナンバーカード利活用推進事業」のものを提出してください。

●誓約事項

誓約事項

誓約事項を確認し、チェックを入れてください

必須 代表者、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員について、東京都暴力団排除条例第2条第2号に規定する暴力団、同条第3号に規定する暴力団員又は同条第4号に規定する暴力団関係者に該当せず、かつ将来にわたっても該当しないことを誓約します。

誓約します

- ・誓約事項を確認し、チェックを入れてください・・・誓約事項をご確認のうえ、誓約いただける場合には「誓約します」を選択してください。

●支払金口座振替依頼

支払金口座振替依頼

必須 金融機関名 ●●銀行	必須 金融機関コード 0000
必須 支店名 ●●支店	必須 店舗コード 000
必須 預金種別を選択してください 普通	必須 口座番号 0000000
必須 口座名義フリガナ トナリノ 知ウ	

・半角大文字で入力してください。例）×トナリノ ○トナリノ
・30文字以上の場合には先頭から30文字分のみ入力してください。

委任状（必要な場合のみ） ファイルを選択

申請代表者名義ではない口座への支払を希望する場合は委任状の提出が必要です。

- ・金融機関名～口座名義・・・振込を希望する口座情報を入力してください。
- ・委任状・・・・・・・・・・申請代表者名義ではない口座への支払を希望する場合は提出してください。

●ご案内事項

ご案内事項

以下①から③をご確認ください。

① **jGrants事務局からのメール受信**
 申請に不備がある場合の再提出のご依頼及び交付決定は、**jGrants事務局 (no-reply@jgrants-portal.go.jp)** よりご入力いただいた担当者メールアドレス宛に通知されます。jGrants事務局からのメールは随時ご確認いただきますようお願いいたします。

② **交付決定通知書**
 交付決定通知書は**電子 (jGrants上)** で発行いたします。ご確認方法の詳細につきましては、申請手続の手引き12ページ「(6) 交付決定・額の確定」をご参照ください。

③ **仕入控除税額報告**
 来年度、本補助金に係る消費税及び地方消費税の仕入控除税額の報告をご依頼する予定です。jGrants上でご報告いただく予定のため、**本補助金の申請に利用したGビスID及びjGrants申請履歴は削除しないよう**お願いいたします。詳細につきましては、令和8年4月以降に改めてご案内いたします。

必須 確認後、以下にチェックを入れてください。

上記①から③について確認しました

・上記①から③について確認しました・・・本項目内の記載を確認後、本項目をチェックしてください。

(2) 別記第1号様式別紙1 (東京都様式)

●「医療機関等コード」～「電話番号」

A No.	B 医療機関等 コード	C 医療機関等名称	D 区分	E 開設者氏名	F 所在地		H 電話番号
					郵便番号	住所	
1	1311111111	〇〇病院	病院	●●●●	XXX-XXXX	新宿区新宿●-●-●	03-XXX-XXXX
2	1312222222	〇〇診療所	診療所又は薬局	〇〇 〇〇	XXX-XXXX	新宿区新宿〇-〇-〇	03-XXX-XXXX
3	1340000000	〇〇薬局	診療所又は薬局	◎◎ ◎◎	XXX-XXXX	新宿区新宿◎-◎-◎	03-XXX-XXXX
4							
5							
6							
7							

・医療機関等コード・・・【10桁】の医療機関コード又は薬局コードを記入してください。

・医療機関等名称・・・保険医療機関等の名称を記入してください。

・区分・・・・・・・・・・リストより「病院」又は「診療所又は薬局」を記入してください。

(参考1) 病院と診療所の分類

・病院・・・病床数が **20以上** の医療機関

・診療所・・・病床数が **20未満** の医療機関

(参考2) 関東信越厚生局ホームページ

<https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/chousa/shitei.html>

コード別医療機関一覧表「備考」欄に区分が掲載されております。

・開設者氏名・・・・・・・・保険医療機関等の開設者氏名を記入してください。

- ・所在地・・・保険医療機関等の所在地（郵便番号・住所）を記入してください。
- ・電話番号・・・保険医療機関等の代表電話番号を記入してください。

●「交付要綱第3条に係る総事業費（税込）」～「補助金申請額（千円未満切り捨て）」

I	J	K	L	M	N	O	P
交付要綱第3条に係る総事業費（税込）	比較額 （1円未満切り捨て）		補助限度額 病院：14.1万円 病院以外：1.8万円			補助金申請額 （千円未満切り捨て）	
	①×1/4					②と③のうち低い方の額	
①	②	③			④		
500,000 円	125,000 円	141,000 円			125,000 円		
80,000 円	20,000 円	18,000 円			18,000 円		
50,000 円	12,500 円	18,000 円			12,000 円		
円	0 円	（「区分」を選択してください）			0 円		
円	0 円	（「区分」を選択してください）			0 円		
円	0 円	（「区分」を選択してください）			0 円		

- ・交付要綱第3条に係る総事業費（税込）①・・・本補助金の交付対象となる事業に係る経費を記入してください。

（参考）領収書内訳書

「項目」が「レセプトコンピューター関係（PMH）」かつ「①補助対象金額」の箇所が、対象経費となります。

<領収書内訳書>

No	項目	内訳	①補助対象金額	②補助対象外金額
1	レセプトコンピューター関係（PMH）	オンライン資格確認等システムを通じて医療費助成情報を取得し反映する改修に係る経費	¥〇〇〇〇	
2	レセプトコンピューター関係（診察券）	マイナンバーカードの診察券利用のための改修に係る経費	¥〇〇〇〇	
3	その他			¥〇〇〇〇

- ・比較額（1円未満切り捨て）②・・・「①×1/4」が自動で計算されます。
- ・補助限度額③・・・「区分」が「病院」の場合は「141,000」が、「診療所又は薬局」の場合は「18,000」が自動で入力されます。
- ・補助金申請額（千円未満切り捨て）④・・・②と③のうち低い方の額が自動で入力されます。

●参考：「【参考】計算シート」

項目	合計	
交付要綱第3条に係る総事業費	630,000 円	申請フォーム「事業基本情報」の「補助事業に要する経費（合計）」「補助対象経費（合計）」に記入してください
補助金申請額	155,000 円	申請フォーム「事業基本情報」の「補助金交付申請額（合計）」に記入してください

- ・**緑色**・・・①「交付要綱第3条に係る総事業費（税込）」の合計額が自動で入力されます。申請フォームの「事業基本情報」の「補助事業に要する経費（合計）」「補助対象経費（合計）」の金額となります。

- ・黄色・・・④「補助金申請額（千円未満切り捨て）」の合計額が自動で入力されます。申請フォームの「事業基本情報」の「補助金交付申請額（合計）」の金額となります。

< 申請フォーム >

「指定日から開始」以外を選択した場合、「事業開始日」の値は無効となります。

補助事業に要する経費（合計） 0	補助対象経費（合計） 0
補助金交付申請額（合計） 0	

（３）委任状（東京都様式）

次ページの記入例を参考にご作成ください。

委任状

記入例

私、●●法人●●会理事長▽▽は、●●法人●●会××施設長◇◇を代理人と定め、下記の権限を委任します。

1 委任内容

令和7年度こどもDX推進に向けた医療機関等におけるマイナンバーカード利活用推進事業補助金の請求及び受領に関する一切のこと。

委任内容に応じて
ご記入ください。

2 委任期間

令和●●年●●月●●日から令和8年5月31日

委任状の作成日をご
記入ください。

令和●●年●●月●●日

補助金申請日をご
記入ください。

東京都知事 殿

(委任者)

法人名

●●法人●●会

住所

▲▼県○○市□番地の×の◆

代表者 役職・氏名

理事長▽▽

作成の際は、法人名から
ご記入ください。

(受任者)

法人名

●●法人●●会××施設

住所

▲▼県○○市×番地の◆の□

代表者 役職・氏名

施設長◇◇

作成の際は、法人名から
ご記入ください。

【受任者使用口座】

私、●●法人●●会××施設長◇◇は、東京都からの支払金については、口座振替により受領することを希望します。ついては、今後下記の口座に口座振替の方法をもって振り込んでください。

金融機関名 (コード) ○○○○、(金融機関名) ○○○○○○

支店名 (コード) ○○○、(支店名) ○○○○○○

預金種目 普通

口座番号 1 2 3 4 5 6 7

口座名義人(カナ) ○○ ○○

預金種目は、普通預金、当座預金、貯蓄預金、別段預金です。

○受任者の事務担当者

所属

役職・氏名

連絡先(電話番号)

※代表者の連絡先が異なる場合は、その連絡先も記入してください。

受任者の事務処理をご担当されている方の
情報をご記入ください。