「薬局における自宅療養等の患者に対する薬剤交付支援事業」について

○補助対象について。

対象期間	・ 令和5年3月配送分～令和6年2月配送分 ※但し、予算の上限に達した場合はその時点で終了します。
対象者・補助額	・ 新型コロナウイルス感染症の自宅療養及び宿泊療養の患者 (薬剤の配送に要した費用)
対象経費	・ 患者宅等へ薬剤を配送した場合の配送料 ・ 薬局の従事者(※1)が患者宅等に薬剤を届けた場合の交通費 ※いずれも 実費のみ 。
実施実績の報告	・ 0410 事務連絡に基づく電話等服薬指導等(0410 対応、報告CoV 宿泊、CoV 自宅)の実績を薬局から都道府県薬剤師会に報告(月ごと) ・ 支援事業の対象とならない0410 対応も含めて、0410 事務連絡に基づく電話等服薬指導等(0410 対応、CoV 宿泊、CoV 自宅)の実績を薬局から都道府県薬剤師会に報告(月ごと)

※1:薬剤師が患者宅等に薬剤を届けた場合、以下の点数(500点/200点)が算定できることから、新たに実施される事業においては支援の対象外。

○実施期間

事業実施開始日 令和5年3月1日

事業終了予定期日 令和6年2月末日分まで(請求は令和6年3月15日締め切り)

※但し、予算の上限に達した場合はその時点で終了します。

○請求の手続き

当月の実績を翌月15日までに提出してください。

請求あり

- ・実績報告 ver.5 (エクセル形式)
 - ・請求様式 ver.1 (ワード形式)
- } データで提出
- ・請求の根拠となる資料の写し(配送業者等の伝票控え、請求書、領収書等、公共交通機関の領収書等)
- ※詳細は次のページをご確認ください

請求なし

- ・実績報告(エクセル) データで提出

提出先:兵庫県薬剤師会 薬剤交付支援事業専用アドレス haiso-pjt@hps.or.jp

○事業費の精算時期

事業終了時期以降を予定

◇初めて事業に参加される場合◇

本事業に参加される薬局は最初に以下のフォームにて薬局情報を登録していただくようお願いいたします(初回のみ)令和2年度から本事業に参加されている薬局は、登録内容に変更がない限り、あらためての登録は不要です。

薬局情報登録フォーム <https://ws.formzu.net/dist/S95292334/>

【注意事項】

電話による服薬指導及び薬剤の配送を行ったケース(0410 対応、CoV 自宅、CoV 宿泊)については、都道府県薬剤師会へ請求を行わないものを含めて報告していただくようお願いいたします。

○実績報告(データで提出)

- ・エクセルの右上に実績報告 ver.5 と記載しているものを使用してください。
- ・ のみ記載をお願いします。
- ・報告は、処方箋の発行日にかかわらず、配送日を基準として報告してください。

(例) 処方箋発行日 5月30日
 配送日 6月1日
 報告 6月分(7月15日までに提出)

- ・1か所の届け先について、複数人分を届けた場合であっても1件で請求してください。
 ※この場合の請求手続きは、報告様式に全件を記載した上で、代表する1件のみ①に○を記入し、2人目以降は①に○をし、⑤の金額を0とすること。
- ・【イ. 薬局の基本情報】当該月のすべての処方箋受付回数は対象調剤の処方箋枚数のみではなく、支援事業対象の処方箋を含む、当該月すべての処方箋受付回数を記載してください。
- ・入力する際はB列①県薬への請求の有無の○×をまず記入してください。どちらかを選択しないと②以降が正常に入力されません。①⇒⑤、⑦⇒⑫の順番で入力してください。
- ・100件を超える場合には、行の挿入を行わず、別シートで対応してください。
- ・ファイル名は「284+保険薬局番号7桁+(ハイフン)+西暦+月(2桁)」としてください。
例: (2023年4月分提出の場合) 2841234567-202304

○請求様式(データで提出)

- ・請求金額は実績報告⑥県薬への請求額の合計(G列122行目)を記載してください。
- ・薬局名および開設者氏名(法人名及び法人代表者名)の押印は必要ありません。

○請求の根拠となる資料(データもしくは書類で提出)

- ・配送に関しては追跡できないものは対象外となります。
- ・資料は送付日、配送料金が確認できるものを提出してください。請求書も可。
宛名の記載がある場合は送付先の住所、氏名、電話番号は黒塗りで消して提出してください。
請求書で複数件数ある場合は該当する行に印をしてください。
- ・レターパックに関しては「ご依頼主様保管用シール」に発送日を記載したものを提出してください。
- ・電車、バスなどを利用した場合は乗車駅(乗車バス停)と降車駅(降車バス停)を任意の様式で記入し証拠書類としてください。
- ・根拠資料を示すことができないもの(例:徒歩・自転車・車等で従事者が届けた場合等)は補助対象として想定されていません。

- ・データで提出する際のデータ形式は問いませんが、本会でデータを確認できない場合は再度提出をお願いします。また、データの送付が難しい場合は郵送でも対応しますが、提出書類はA4サイズで統一し、実績報告の締切日必着で本会事務局へ送付してください。

(一社)兵庫県薬剤師会 事務局
〒650-0011 神戸市中央区下山手通 6-4-3
TEL:078-341-7585 FAX:078-341-7113
Mail:haiso-dit@hbs.or.jp