別紙２（様式　施設整備）

医療機関名

担当者（電話番号）

事業計画書

１　施設の名称および所在地（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２　事業の種類　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３　事業の目的（その他の病床廃止に係る補助メニューを希望する場合）

|  |
| --- |
|  |

４　工事期間　　　　　　　（　　　　　　　　　　～　　　　　　　　　　　　　　　　）

５　設備整備の内容

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 費目 | | 総事業（100%） | | | 令和　　年度（　　%） | | | 令和　　年度（　　%） | | |
| 員数  ㎡ | 単価  円 | 金額  円 | 員数  ㎡ | 単価  円 | 金額  円 | 員数  ㎡ | 単価  円 | 金額  円 |
| 補助対象  事業分 | 例（新築）  　（増改築） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 小　計 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 補助対象外  事業分 | 例（建物解体）  　（土地造成） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 小　計 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合　　　　　計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

【添付資料】

　　・工事図面、現平面図、設計書（見積書）、スケジュール、事業の実施に要する経費に関する調書

　　・施設の内容および医療機関の機能等の新旧表（地域包括ケア病院等施設・設備整備事業のみ）

別紙３（様式　設備整備）

医療機関名

担当者（電話番号）

事業計画書

１　施設の名称および所在地（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２　事業の種類　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３　事業の目的（その他の病床廃止に係る補助メニューを希望する場合）

|  |
| --- |
|  |

４　設備整備の内容

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品名 | 台数 | 価格（税込） | 新規  更新 | 耐用年数 | 旧機器購入年  （更新の場合） | 使用頻度 | 購入理由 |
|  |  |  |  | 減価償却期間  メーカー保証期間  その他 |  |  |  |
| 機器の概要 |
|  |  |  |  | 減価償却期間  メーカー保証期間  その他 |  |  |  |
| 機器の概要 |
| （記入例）  超音波診断装置 | １台 | 10,000千円 | 更新 | 6年  減価償却期間  メーカー保証期間  その他 | H16.9 | 5回/日  車両購入の場合は走行距離も記入してください | まず装置の総台数を記載  現在２台の診断装置を利用。  その内1台は、10年が経過しており、故障した場合は、メーカーが保障しない。診療に支障を来さないよう更新する。 |
| 乳腺用の超音波診断装置。しこりが良性か否か検査する。 |

【添付資料】

　　・カタログ、見積書、スケジュール、事業の実施に要する経費に関する調書