令和８年度における医療提供施設等設備整備事業の実施計画概要（回答）

医療機関名

担当者　職・氏名

連絡先（ＴＥＬ）

　　　（ＦＡＸ）

　　　（ MAIL ）

**◎令和８年度の国庫補助対象事業の実施計画概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 開設者 |  |
| 施設名 |  |
| 所在地 |  |
| 国庫補助対象事業名 | （記入例：医療施設等設備整備費補助金　（１）へき地診療所設備整備事業） |
| 事業期間 | （設備導入時期） |
| 概算事業費および補助見込み額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円（補助見込み額　　　　　　　　　　　　　　円） |
| 事業の必要性 |  |
| その他資料 | 業者見積り、施設平面図、機器カタログ等　（○をつける）該当部分を郵送してください。 |

※別紙様式により導入予定の機器の概要等についても提出してください。

※当該様式の電子データを希望する場合は、メールで御連絡ください。折り返しお送りします。

別紙（国庫補助のメニューごとに作成してください。）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品名 | 台数 | 価格（税込） | 新規更新 | 耐用年数 | 旧機器購入年 | 使用頻度 | 購入理由 |
| 品名 |  |  |  |  |  |  |  |
| 機器の概要 |
| 品名 |  |  |  |  |  |  |  |
| 機器の概要 |
| 品名 |  |  |  |  |  |  |  |
| 機器の概要 |
| （記入例）品名超音波診断装置 | 1台 | 10,000千円 | 更新 | 6年 | H17.9 | 5／日 | 現在2台の診断装置を利用。そのうち1台は10年が経過し故障した状態であり、かつ、メーカーの保障期間を終了している。診療に支障をきたしているので更新する。 |
| 機器の概要乳腺用の超音波装置。しこりが良性か否かを検査する。 |

令和８年度における医療提供施設等施設整備事業の実施計画概要（回答）

医療機関名

担当者　職・氏名

連絡先（ＴＥＬ）

　　　（ＦＡＸ）

　　　（ MAIL ）

**◎令和８年度の国庫補助対象事業の実施計画概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 開設者 |  |
| 施設名 |  |
| 所在地 |  |
| 国庫補助対象事業名 | （記入例：医療施設等設備整備費補助金　（１）へき地診療所施設整備事業） |
| 事業期間 | （施設整備の工期） |
| 概算事業費および補助見込み額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円（補助見込み額　　　　　　　　　　　　　　円） |
| 整備概要（位置、規模、機能等） |  |
| 事業の必要性（課題含む） |  |
| 事業の効果（定量的な数値も記載してください。） |  |
| その他資料 | 工事内訳書、業者見積り、施設平面図、機器カタログ等　（○をつける）該当部分を郵送してください。 |

※当該様式の電子データを希望する場合は、メールで御連絡ください。折り返しお送りします。