様式１

令和　　年　　月　　日

　沖縄県知事　殿

住所

開設者名　　　　　　　　　印

地域における医療提供体制の確保に資する設備の特別償却制度に関する確認証

交付申請書

　地域における医療提供体制の確保に資する設備の特別償却（医療用機器の効率的な配置の促進に向けた特別償却）を受けたいので確認願います。

１　申請区分（該当項目に☑）

　　医療用機器の効率的な配置の促進に向けた特別償却の確認

　　　□　ア　一定基準以上の利用頻度がある機器の更新

　　　□　イ　共同利用を前提とした新規（追加）購入

　　　□　ウ　上記ア、イ以外

２　制度の対象となる設備等の概要（該当項目に☑）

|  |  |
| --- | --- |
| 医療用機器の内容 | □　超電導磁石式全身用ＭＲ装置  □　永久磁石式全身用ＭＲ装置  □　全身用Ｘ線ＣＴ診断装置（４列未満を除く。）  □　人体回転型全身用Ｘ線ＣＴ診断装置（４列未満を除く。） |
| 施設名 |  |
| 施設所在地 |  |
| 取得(予定)時期 |  |

３　添付書類

　・　整備する機器の仕様等を示す書類（パンフレット等）

　・　申請区分に応じた以下の添付書類

|  |  |
| --- | --- |
| 申請区分 | 添付書類 |
| ア | 全身用ＣＴ・ＭＲＩの利用回数を示す書類（医療機関の開設許可申請等に係る書類でも差し支えない） |
| イ | 共同利用を行う連携先医療機関との合意書等  （地域医療構想調整会議等の提出書類でも差し支えない） |
| ウ | 地域医療構想調整会議等への説明資料（別紙） |

４　連絡先

　・所属名（病院名等）

　・担当者氏名

　・担当者連絡先　　　Tel　　　　　　　　 　　 Fax

別紙

医療用機器の効率的な配置計画書（地域医療構想調整会議等用参考様式）

１　基本情報等（配置区分は該当項目に☑）

|  |  |
| --- | --- |
| 開 設 者 名 |  |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 配置する  医療用機器 | □ 超電導磁石式全身用ＭＲ装置  □ 永久磁石式全身用ＭＲ装置  □ 全身用Ｘ線ＣＴ診断装置（４列未満を除く）  □ 人体回転型全身用Ｘ線ＣＴ診断装置（４列未満を除く） |
| 配置区分 | □ 機器の更新　　□ 新規（追加）購入 |

２　既存機器の利用状況（機器の更新の場合のみ）

（１）１か月の平均利用回数（前年１月から１２月までの実績）

|  |  |
| --- | --- |
| １か月当たり平均利用回数 | 件 |

（２）機器配置及び更新の必要性

|  |
| --- |
|  |

３　その他（共同利用が困難な理由等（新規（追加）購入の場合のみ））

|  |
| --- |
|  |