（様式４）

○○年○○月○○日

栃木県知事　様

住　　所

開設者名

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願

　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 | ○○年○○月○○日 |

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（申請区分に○）

|  |  |
| --- | --- |
| 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

Email

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））

|  |
| --- |
|  |