**令和　　年度病床規模適正化整備支援事業 事業計画書**

（様式１－１）

**１．対象施設の現況**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開設者（設置者） | 施設名 | 所在地 |
|  |  |  |
| 施設の規模及び構造 |
| （敷地面積）　　　　　　　　　　　　㎡ | （自己所有地、借地の別） |
| （建物構造）　　　　　　　造　　　 階建 | （建築面積）　　　　　　　　　　　　㎡（延べ面積）　　　　　　　　　　　　㎡ |

**２．事業の目的及び内容**

|  |
| --- |
| （整備の目的）（地域医療構想との関係）（新興感染症への対応） |

**３．病床規模適正化計画**

(１) 病床規模適正化計画　　※削減前病床数は前年度の病床機能報告（最大使用床数）を記入

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 高度急性期 | 急性期 | 回復期 | 慢性期 | 計 |
| 削減前(A) | 床 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| 削減後(B) | 床 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| 差引（B－A） | 床 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| ＜補助対象となる病床数＞ | 削減病床数 | 　　　　　　床 |  |
|  | 削減率 | 　　　　　　％ |  |

（２）事業期間

|  |  |
| --- | --- |
| 事業期間 | 開始：　　　 年　 月 　日　 ～ 終了：　　 　年 　月　日 |

**４．補助申請(見込)額**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 総計 | 固定資産除却損 | 固定資産廃棄損 | 固定資産売却損 | 基準額 | 補助見込額 |
| 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |

※基準額は対象病床数×基準単価

※補助見込額は対象経費と基準額の低い額の１／２相当額

**■担当者・連絡先**

|  |  |
| --- | --- |
| 所属・氏名 |  |
| 所　在　地 |  |
| 電 話 番 号 |  |
| 電子メール |  |