番　　　　　号

年　　月　　日

香川県健康福祉部

医務国保課長　殿

医療機関名称

管理者名

病床機能分化連携基盤整備事業補助金について

　標記について、次により事業計画書を提出する。

１　対象事業　　病床機能分化連携基盤整備事業

２　事業計画　　別紙のとおり

担当者氏名

連　絡　先　電　話

　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　E-MAIL

病床機能分化連携基盤整備事業計画書（施設整備分）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 区分 | 費　目 | 面　積 | 単　価 | 金　額 | 備　考 |
| 開設者（設置者） | 施　　　設　　　名 | 所　　　在　　　地 | 補助対象外経費 |  | ㎡ | 円 | 円 |  |
|  |  |  |
| １　施設の規模及び構造等 |
| 敷地の状況 | 敷地面積　　　㎡（自己所有地、借地、買入(予定)地の別） |
| 事業の種別 | （新築、増築、改築、改修の別） |
| 建物の構造 | （　　　　　造り）　階建 建築面積　　　　 ㎡　　　　　　　　　　 延べ面積　　　　 ㎡ |
| ２　施　工　状　況 | 小計② |  |  |  |
| 工事の施工状況 | （直営、請負の別） | 合計①＋② |  |  |  |  |
|  | 着工 令和　年　月　日～ 竣工 令和　年　月　日 |
| ３　整　備　費　内　訳 | ４　財　源　内　訳 |  |
| 区分 | 費　目 | 面　積 | 単　価 | 金　額 | 備　考 | 区　　　分 | 金　　　額 | 備　　　考 |
| 補助対象経費 |  | ㎡ | 円 | 円 |  | 県補助金地方債寄付金借入金自己財源 | 円 |  |
| 計 |  |  |
| ５　そ　の　他　　　参　考　事　項 |
|  |
| 小　計① |  |  |  |  |

（注）整備図面、補助対象経費・対象外経費の根拠となる見積書（工事内訳書含む）等、参考となる資料を可能な範囲で提出すること。

病床機能分化連携基盤整備事業計画書（設備整備分）

設備整備の内容

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品　　　名 | 銘　　　柄 | 規　　　格 | 員　　　数 | 単　　　価 | 金　　　額 | 設置場所 | 備　　　考 |
|  |  |  |  | 円 | 円 |  |  |
| 合　　　計 | － | － | － | － |  | － |  |
| <財源内訳>県補助金地方債寄付金借入金自己財源 |  |  |  |  |  |  |  |
| 合　　　計 | － | － | － | － |  | － |  |

（注）整備する設備の詳細がわかる資料や見積書等、参考となる資料を可能な範囲で提出すること。

病床機能分化連携基盤整備事業計画書（施設整備・設備整備　共通）

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 担当部署  |  | 電話 |  |
| 担当者職・氏名 |  | e-mail |  |

１　病床転換計画

【記載対象：別表の第１欄「１．回復期リハビリテーション病棟等への転換に資する整備」】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 転換前 | 転換後 |
| 回復期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病棟 | 病棟数　（　　　　　棟）病床数　（　　　　　床）入院基本料等（　　　　　　　　） | 病棟数　（　　　　　棟）病床数　（　　　　　床） |
| 地域包括ケア病棟 | 病棟数　（　　　　　棟）病床数　（　　　　　床）入院基本料等（　　　　　　　　） | 病棟数　（　　　　　棟）病床数　（　　　　　床） |
| 施設基準届出予定日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 算定開始予定日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |

２　回復期機能の充実に係る内容

【記載対象：別表の第１欄「２．有床診療所における回復期機能の充実に資する整備」】

|  |
| --- |
|  |

※補助金を活用することにより、どのような回復期機能の充実が図れるのかについて詳細に記載して下さい。

３　病床機能報告の状況

【記載対象：別表の第１欄に記載する全ての区分】

|  |  |
| --- | --- |
| 整備前（合計病床数［　　　］床） | 整備後（合計病床数［　　　］床） |
| 病床の機能 | 病床数 | 病床の機能 | 病床数 |
| 高度急性期 |  | 高度急性期 |  |
| 急性期 |  | 急性期 |  |
| 回復期 |  | 回復期 |  |
| 慢性期 |  | 慢性期 |  |

※転換しない病床も含め全て記載してください