様式２

○○年○○月○○日

群馬県知事　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証交付申請書

医療提供体制の確保に資する設備の特別償却（地域医療構想の実現のための病床再編等の促進に向けた特別償却）を受けたいので、確認証の交付を申請します。

１　申請区分

　　地域医療構想の実現のための病床再編等の促進に向けた特別償却の確認

２　確認事項

（１）確認願の提出日

○○年○○月○○日付け

（２）県からの確認通知

　　　○○年○○月○○日付け医第○○－○○号

３　制度の対象となる設備等の概要（該当項目に☑）

|  |  |
| --- | --- |
| 整備区分 | □　新築・改築　□　増築　□　転換（改修等） |
| 施設名 |  |
| 施設所在地 |  |
| 取得年月日 |  |

４　連絡先

　・所属名（病院名等）

　・担当者氏名

　・担当者連絡先　　　Tel　　　　　　　　 　　 Fax