様式第２４号

令和６年度　感染症外来協力医療機関設備整備計画書（個票）

(医療機関名)

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |   |
| 設置主体名 |   |
| 代表者名 |   |
| 担当者名 |   |
| 住所・郵便番号 |  |
| 連絡先 | 【電話番号】【メールアドレス】 |
|

**Ⅰ　医療機関の設備整備計画**

　**１　必要理由**（整備に至った経緯、問題点、設置場所等。２回目以降の場合はその理由も記載。）

**２　新型インフルエンザ等感染患者の受入体制及び地域の外来診療体制における取組**

○　新型インフルエンザ等発生時における外来診療タイプ

（Ａ～Ｃのいずれかを記入。詳細は別紙「群馬県における新型インフルエンザ等診療体制」を参照）

　**３　設備整備の内容**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　　　　称 | 規　　格 | 数　量※ | 整 備 費（総額） |
|  |  |  | 　 　　　 (円) |
| 計 |  |  |  |

※個人防護具の数量については、算出根拠も記載して下さい。（例：○日分×○セット）

  **４　事　業　費**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  (歳 入) |   |  (歳 出) |   |
| 補　助　金自己資金借入金寄　付　金そ　の　他 |  　　 (円) | 整　備　費 | 　　 　 (円) |
| 計 |  | 計 |  |

　**５　補助金所要額**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 補助基準額 | 補助率 | 補助所要額 |
| HEPAフィルター付パーティション |  　　(円)２０５，０００ | １０／１０ |  (円) |
| HEPAフィルター付空気清浄機（陰圧対応可能） | ９０５，０００ | １０／１０ |  |
| 個人防護具 | ３，６００×セット数 | １０／１０ |  |
| 簡易ベッド | ５１，４００×台数 | １０／１０ |  |

　**６　購入予定時期**

**Ⅱ　添付書類**

　１　予算書（又は見込書）抄本

　２　カタログ及び見積書