様式第２５号

令和６年度新型ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ等感染症等患者入院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　新型インフルエンザ等患者の受入体制**（受入可能病床数、動線の確保等）

○　新型インフルエンザ等発生時における入院診療タイプ　 　　 協力病床数

（タイプ１～３及び協力病床数を記入。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 |
| 人工呼吸器 |  　 　 　(円)２，２２１，０００ | １０／１０ |  　 (円) |
| 簡易陰圧装置 | ４，３２０，０００ | 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