別紙様式１（施策提案票）

施策提案票

|  |  |
| --- | --- |
| 団体所在地 |  |
| 団体名 |  |
| 代表者職・氏名 |  |
| 問合せ担当者氏名 |  |
| 連絡先（電話・メールアドレス） | （電話）（E-mail） |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の区分 | *（以下のいずれかを□で囲む）*１　病床の機能分化・連携のために必要な事業２　在宅医療の推進のために必要な事業３　医療従事者等の確保・養成のための事業 |
| 事業名 |  |
| 事業の対象となる区域 | *（「県全体」又は二次保健医療圏名を記載）* |
| 事業の実施主体 | *（例：県、郡市医師会、県内病院等）* |
| 事業に係る目標 | *（目標についてできる限り定量的に記載）* |
| 事業の評価方法 | *（評価方法について具体的に記載）* |
| 事業の期間 | 令和８年度～令和　　年度 |
| 事業の内容 | *（現状と課題、事業目的、実施内容、必要性・緊急性等について記載）* |
| 総事業費 | 令和８年度　　　　千円令和　年度　　　　千円令和　年度　　　　千円合計　　　　　　　千円 |
| 積算根拠 | *〔（補助単価）○○千円×（箇所数）○○箇所等を記載〕* |
| 対象経費 | *（想定する対象経費を全て□で囲む。「その他の経費」は括弧内に記載）*１　人件費（給与、謝金等）２　事務費（消耗品費、会議費等）３　委託料４　備品購入費５　工事請負費６　その他の経費（　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 　群馬県健康福祉部医務課医療計画係あてメールアドレス　imuka@pref.gunma.lg.jp |