

様式第2号(第4条関係)

鳥取県外来対応医療機関等設備整備事業計画書及び実績報告書

医療機関名	
担当者名	
連絡先(電話)	
メール	

(単位:円)

区分	総事業費 A	寄附金その他の 収入予定額 B	差引額 C=A-B	基準額 D	対象経費 支出額 E	選定額 F(D又はE)	補助所要額 G	受入済額 H	差引 過不足額 H-G
外来対応医療機関設備整備 事業			0	2,000,000	0	0	0		0
外来対応医療機関確保事業			0	500,000	0	0	0		0
合計							0		

- (注1) 全て税抜きの金額を記入すること。
 (注2) A欄には、対象経費以外も含めた総事業費を記入すること。
 (注3) B欄には、本補助金以外の収入がある場合にその金額を記入すること。
 (注4) E欄には、A欄のうち対象経費に係る支出予定額を記入すること。
 (注5) G欄には、1,000円未満の端数がある場合はこれを切り捨てた額を記入すること。

【整備内容:設備整備事業】

品目	設置場所	基準額			対象経費支出額			選定額 ※a又はbのい ずれか低い額
		数量	単価	金額 (a)	規格・型式	数量	単価	
1 HEPAフィルター付空気清浄機 (陰圧対応可能なもの)			円	円 905,000			円 0	0
2 HEPAフィルター付パーティション			205,000	0			0	0
3 個人防護具 ※職員1人当たり 3,600円			3,600	0			0	0
4 簡易ベッド			51,400	0			0	0
5 簡易診察室及び付帯する備品				0			0	0
計				2,000,000			0	0

(注) ①納品書、領収書等の規格・数量・金額が確認できる書類、②(備品類については)診察室への設置写真などの書類等を添付すること

【新型コロナ患者に対する診療実績等】

区分	実績の有無
①申請日までの間に、新型コロナウイルス感染症患者を診療した実績	
②申請日までの間に、新型コロナウイルス感染症の疑い患者に対してPCR検査等を行った実績	

(注) 申請日時時点で、上記①の診療実績、上記②の検査実績ともにゼロの場合、設備整備事業は補助対象外

【整備内容:確保事業】

	品目	設置場所	基準額			対象経費支出額			選定額 ※a又はbのいずれか低い額
			数量	単価	金額 (a)	規格・型式	数量	単価	
1	看板設置			円	円			円	0
2	ホームページ改修							円	0
3	換気設備設置のための改修							円	0
4	医療機器(パルスオキシメーター等)							円	0
5	非接触サーモグラフィカメラ(検温・消毒機能付き等)							円	0
6								円	0
	計				500,000			円	0

↑上表のD欄

↑上表のE欄

↑上表のF欄

(注)①納品書、領収書等の規格・数量・金額が確認できる書類、②看板、HPの写し等の対応状況が確認できる書類を添付すること

【他の補助金の活用の有無について】

「有」、「無」のいずれかを選択し、「有」の場合は下欄も記入すること。

他の補助金の活用	
①活用する補助金名	
②事業内容	
③当該補助金の所管部署(団体)名	
④所管部署(団体)連絡先	