（別紙１）

事　業　計　画　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ﾌ ﾘ ｶ ﾞﾅ  施設の名称 | | | |  | | | | |
| 代表者の職・氏名 | | | | 職名 | |  | | |
| 氏名 | |  | | |
| 所在地 | | | | （〒　　　―　　　） | | | | |
| 連絡先 | | | | 電話 |  | | FAX  番号 |  |
| １．施設の規模及び構造等 | | | | | | | | | |
| 敷地の状況 | | 敷地面積　　　　　　　㎡（自己所有地，借地，買入（予定）地の別） | | | | | | | |
| 事業の種別 | | （新築，改築の別） | | | | | | | |
| 建物の構造  及び面積 | | （　　　　　造）　　階建　建築面積　　　　　㎡　延べ面積　　　　　㎡ | | | | | | | |
| 病床数 | | 整備前（　　　　　床）　　　整備後（　　　　　床） | | | | | | | |
| ２．施工状況 | | | | | | | | | |
| 施工期間 | | | 着工 平成　　年　　月　　日　～　竣工 平成　　年　　月　　日 | | | | | | |
| ３．整備費内訳 | | | | | | | | | |
| 施 設 整 備 | | | | 補助対象となる医療施設の工事費用　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | |
| 補助対象となる救急医療施設の面積の合計　　　　　　　　　　㎡ | | | | | |
| 高度医療機器整備 | | | | 補助対象となる高度医療機器の購入金額の合計　　　　　　　　円 | | | | | |
| その他参考事項 | | | |  | | | | | |