（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 |  |