様式２

年　　　月　　　日

鳥取県知事　様

住　　所

申請者

氏　　名

医療提供体制の確保に資する設備の特別償却制度に関する確認願

医療提供体制の確保に資する設備の特別償却（医療用機器の効率的な配置の促進に向けた特別償却）を受けたいので、確認をお願いします。

また、確認された場合は、確認証の交付をお願いします。

１　区分（該当項目に☑）

　　医療用機器の効率的な配置の促進に向けた特別償却の確認

　　　□　ア　一定基準以上の利用頻度（全身用ＭＲＩ １カ月当たり４０ 件、全身用ＣＴ１カ月当たり２０ 件）がある機器の買い換え

　　　□　イ　共同利用を前提とした新規（追加）購入

　　　□　ウ　上記ア、イ以外

２　制度の対象となる設備等の概要（該当項目に☑）

|  |  |
| --- | --- |
| 医療用機器の内容 | □　超電導磁石式全身用ＭＲ装置  □　永久磁石式全身用ＭＲ装置  □　全身用Ｘ線ＣＴ診断装置（４列未満を除く。）  □　人体回転型全身用Ｘ線ＣＴ診断装置（４列未満を除く。） |
| 施設名 |  |
| 施設所在地 |  |
| 取得時期 |  |

３　添付書類

　　・整備する機器の仕様等を示す書類（パンフレット・カタログ等）

　　・区分に応じた以下の添付書類

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | | 添付書類 |
| ア | 一定基準以上の利用頻度がある機器の買い換え | * 全身用ＣＴ・ＭＲＩの利用回数を示す書類 |
| イ | 共同利用を前提とした新規（追加）購入 | * 共同利用を行う連携先医療機関との合意書等（任意様式） |
| ウ | 上記以外 | * 地域医療構想調整会議での説明資料（様式２ 別紙） |

・その他参考資料

４　連絡先

　　医療機関名

　　担当者所属・氏名

　　担当者連絡先　　　電　　　　話

　　　　　　　　　　　　　　電子メール

様式２　別紙

医療用機器の効率的な配置に係る計画書

（地域医療構想調整会議用参考資料）

１　基本情報等（配置区分は該当項目に☑）

|  |  |
| --- | --- |
| 開設者名 |  |
| 医療機関名 |  |
| 所　在　地 |  |
| 配置する  医療用機器 | □ 超電導磁石式全身用ＭＲ装置  □ 永久磁石式全身用ＭＲ装置  □ 全身用Ｘ線ＣＴ診断装置（４列未満を除く。）  □ 人体回転型全身用Ｘ線ＣＴ診断装置（４列未満を除く。） |
| 配置区分 | □ 機器の買い換え　　□ 新規（追加）購入 |
| 取 得 時 期 |  |

２　既存機器の利用状況（機器の買い換えの場合のみ）

（１）１か月の平均利用回数（買い換えの前年１月から１２月までの実績）

|  |  |
| --- | --- |
| １か月当たり平均利用回数 | 件 |

（２）機器配置及び買い換えの必要性

|  |
| --- |
|  |

３　その他（共同利用が困難な理由等（新規（追加）購入の場合のみ））

|  |
| --- |
|  |