佐賀県健康福祉部医務課　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出日　令和5年　　月　　日

医療企画担当　山田　行

メール：iryoukikaku@pref.saga.lg.jp

TEL：0952-25-7073　　FAX：0952-25-7267

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名  （正式名称） |  |
| ご担当者名 |  |
| ご住所 |  |
| TEL |  |
| FAX |  |
| E-mail  (誤記入が多いので注意してください) |  |

**令和5年度佐賀県在宅診療設備整備事業費補助金事業計画書（医科）**

問１　在宅診療実績（□に✔を記載してください）

□　新　規　　⇒　問３・４を必ず回答してください。

□　実績あり　⇒　問２・３・４を必ず回答してください。

問２　実績内容

　　　　在宅診療開始時期　　　　　　年　　月　～

　　　　在宅診療実患者数　（　　　　　　）名　※令和４年７月の実患者数を記入ください

　　　　訪問地域範囲　　　（　　　　　　　）ｋｍ

　　　　在宅医療専門従事者数　　医師（　　　）名

問３　在宅診療事業計画（今後の在宅診療回数や事業の予定等をご記入ください）

|  |
| --- |
|  |

問４　購入希望の在宅診療医療機器

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機器名称 | 台数 | 金額（税込） | 機器使用目的、購入理由等 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※**購入希望の医療機器の金額の根拠となる資料・カタログの写し**を必ず添付してください。

※欄が不足する場合には、欄を追加して記入してください。

※締切　**令和5年10月10日（火）**までにお願いいたします。