

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）**までをお願いいたします。