

医療機関名 (正式名称)	
代表者役職・氏名	
ご担当者名	
所在地	〒
T E L	
F A X	
E - mail	(誤記入が多いのでご注意ください)

令和 8 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 8 年 7 月の実患者数を記入ください

訪問地域範囲 （ ）k m

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（見積書等）・カタログの写しを必ず添付してください。※問 4 の「医療機器名称」は、カタログ・見積書等と同じ名称に統一してください。

※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 8 年 1 0 月 1 6 日（金）までに提出してください。