（別紙４）

令和　　年度病床転換等促進事業変更計画書（施設・設備の改修又は新増改築）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 開設者名 | 所在地 |
|  |  |  |

１．病床転換計画

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病床種別 | 方法（下記から選択） | 経費  （千円） |  | 転換後の  病床種別 | 整備予定病床数 | 基準額  （千円） | 前年度  補助対象額  （千円） |
| 急性期一般　　　　　床  地域一般　　　　　　床 | 新増改築 |  | ・地域包括ケア | 床 |  |  |
| 改修 |  | ・緩和ケア | 床 |  |  |
| 療養　　　　　　　　床 | 新増改築 |  | ・回復期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ | 床 |  |  |
| 改修 |  |

　　※　基準額は、整備予定病床数×施設整備基準額（１床あたり新増改築：4,540千円、改修：3,333千円）で算出する。

（添付書類）

　・転換前の病床種別の確認できるもの

２．整備事業計画等の概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業期間 | 全体事業期間 | 着工：令和　　年　　月　　日　～　竣工：令和　　年　　月　　日 |
| 当該年度事業期間 | 着工：令和　　年　　月　　日　～　竣工：令和　　年　　月　　日 |
| 新増改築改修費用 | 全体事業費（a） | 円 |
| 当該年度事業費 | 円 |

３．施設や設備の新増改築・改修及び医療器具等の購入の概要　（別紙４－２）参照

４．補助対象額

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設や設備の  新増改築・改修額（a） | 医療器具等の購入額（b） | 総事業費（Ａ：a+b） | 補助対象事業費（Ｄ） | 基準額（Ｅ） |
| 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |

（注）前回提出した病床転換促進事業計画書と同一の内容を記載し、今回変更部分においては、上段に（　）書きで記載すること。

（別紙４－２）

５．施設や設備の新増改築改修の概要

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 階別 | 変更前 | | 変更後 | |
| 記号 | 室・品名 | 記号 | 室・購入品名 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注１　病床転換するにあたり、改修等を行う箇所及び医療器具等の設置箇所が判る現在図（別添１図）と変更図（別添２図）を添付すること。

注２　図面には、病床転換するにあたり、改修等を行う箇所及び医療器具等の設置箇所を黄線で明示すること。

整備理由等（具体的に記入すること）

|  |
| --- |
| 改修・購入理由　※ |
|  |
| 事業効果 |
|  |

* 病床転換するにあたり、施設や設備の改修又は医療器具等の購入が必要な理由を記入すること。

（注）前回提出した病床転換促進事業計画書と同一の内容を記載し、今回変更部分においては、上段に（　）書きで記載すること。

（別紙４－３）

令和　　年度病床転換等促進事業変更計画書（転換準備経費）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 開設者名 | 所在地 |
|  |  |  |

１．人件費（補助対象者分を記載）

|  |  |
| --- | --- |
| 職　種 | 支出予定額 |
| 在宅復帰支援担当者（１名限度） | 円 |
| 看護必要度評価表作成職員（１名限度） | 円 |
| リハビリテーション専門職（２名限度） | 円 |
| 合　　計（a） | 円 |

２．人材養成費

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修（訓練）名 | 職　種 | 参加人数 | 受講料 | 旅費等 | 計 |
|  |  |  | 円 | 円 | 円 |
|  |  |  | 円 | 円 | 円 |
| 合　　計（b） |  |  | 円 | 円 | 円 |

３．補助対象額

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 人件費（a） | 人材養成費（b） | 総事業費（Ａ：a+b） | 補助対象事業費（Ｄ） | 基準額（Ｄ） |
| 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　基準額は、１名あたり2,400千円で算出する。

※前回提出した病床転換促進事業計画書と同一の内容を記載し、今回変更部分においては、上段に（　）書きで記載すること。