

事業計画提出時チェックリスト

以下の項目をご確認いただけましたら、確認欄にチェックを入れてください。

医療機関名： _____

確認欄	確認項目
(1)	提出書類に不足はありませんか。不足がある場合、受理できません。
(2)	(1) ◎地域医療構想推進事業 事業計画調査票1 (中小病院支援) ※設備整備については購入予定機器の内訳(事業計画調査票3)を添付すること
(3)	(2) ◎別紙「医療機能の強化説明」(事業計画調査票2)
(4)	(3) 整備前、整備後の建物平面図(A4又はA3) ※ <u>施設整備</u> のみ
(5)	(4) 見積書(設計業者の概算見積等) 写し可
(6)	(5) 整備品目のカタログ 写し可 ※ <u>設備整備</u> のみ
	(6) こちらのチェックリスト
	※◎印の記載がある書類については、当事業の概要に記載の担当メールアドレス宛てに Excel データも併せて御提出ください。
	医療機能の強化説明について、次のようなものは内容を審査することができませんのでご注意ください。 ・数行しか記載がなく、説明が不十分であるもの ・機能強化について具体的な説明がされていないもの
	医療機能の説明について、次のようなものは補助対象となりませんのでご注意ください。 ・今回の整備内容と得られる機能強化の繋がりが希薄であるもの ・医療機能強化のためではなく、単なる老朽化や利便性の低さを理由としているもの
	(設備整備の場合) 10万円未満の物品は含まれていませんか。 10万円未満の物品は対象外です。
	(設備整備の場合) 年度を跨いで計画は対象となりませんのでご注意ください。 令和9年度末(令和10年3月末)までに納品する必要があります。
	(施設整備の場合) 建物は自己所有ですか。 土地については借地でも補助対象となりますが、建物は自己所有である必要があります。
	(施設整備の場合) 根抵当権が設定されていませんか。 補助対象となる建物及び当該建物が設置されている土地に根抵当権が設定されている場合は、補助対象となりません。
	事業概要、スケジュールをお読みいただき、記載事項についてご確認いただけましたか。