令和６年度高知県在宅歯科診療設備整備事業費補助金　事前申請書

【申請者】

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 施設の所在地 | 〒　　　　　　市・町・村 |
| 連絡先 | TEL：FAX：メール： |
| 申請者　氏名 | 所属・職名：　　　　　　　　　　　　氏名： |

【訪問歯科診療の実施について】※下の□のいずれかに☑をご記入ください。

□新たに訪問歯科診療を実施する。

□現在、訪問歯科診療を実施している。(件数は、訪問歯科診療の算定回数を記入。)

→現在（令和５年4月1日～令和６年3月31日）、訪問歯科診療を**年間　　件**実施している。

→当補助金を活用することで**年間　　件**増加予定（令和６年4月1日～令和７年3月31日）。

【訪問歯科診療の実施地域について】※別紙「訪問歯科診療　実施地域」にご記入ください。

【購入予定機器】可能な限り詳細にご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象機器番号※１ | 品名・規格 | 単価※２ | 個数 | 金額 |
|  |  | 円 |  | 円 |
|  |  | 円 |  | 円 |
|  |  | 円 |  | 円 |
|  |  | 円 |  | 円 |
|  |  | 円 |  | 円 |
|  |  | 円 |  | 円 |
|  |  | 円 |  | 円 |
|  |  | 円 |  | 円 |
| 合計金額（税込み） | 円 |

※１　対象機器番号は要綱別表１より選択してください。

※２　100万円を超えるものについては見積書（１社以上）を添付してください。

【補助申請予定額】　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　円※

※上の合計金額に1/2を乗じた額。

合計金額が300万円を超える場合は補助上限額の150万円になります。