（様式１）

○○年○○月○○日

栃木県知事　様

住　　所

開設者名

医療提供体制の確保に資する設備の特別償却制度に関する確認願

　医療提供体制の確保に資する設備の特別償却（地域医療構想の実現のための病床再編等の促進に向けた特別償却）を受けたいので確認願います。

１　申請区分

　　地域医療構想の実現のための病床再編等の促進に向けた特別償却の確認

２　制度の対象となる工事等の概要（該当項目に☑）

|  |  |
| --- | --- |
| 整備区分 | □　新築・改築　□　増築　□　転換（改修等） |
| 施設名 |  |
| 施設所在地 |  |
| 施工（予定）期間 | 着工：○○年○○月○○日　～　竣工：○○年○○月○○日 |

３　添付書類

　・開設許可申請等に係る書類一式

・具体的対応方針（様式２）

　・その他参考となるべき書類

４　連絡先

　・所属名（病院名等）

　・担当者氏名

　・担当者連絡先　　　Tel　　　　　　　　 　　 Fax

　　　　　　　　　　　Email