（様式３）

○○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証交付申請書

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、確認証の交付を申請します。

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（確認願を提出していない場合）

・確認願及び県からの確認通知の写し（確認願を提出している場合）

　・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