

令和3年度自動車事故対策費補助金(自動車事故医療体制整備事業の部)交付希望調書

1. 貴都道府県の概要等について

(1) 都道府県の担当者の連絡先等

都道府県名	〒	住 所	担当部署名及び担当者名	電話、FAX、E-mailアドレス

(2) 都道府県の人口(最新値) 千人 (年 月 日現在)

(3) 医療機関(病院)数(一般病院の所在数)

都道府県立	ヶ所
市立	ヶ所
町村立	ヶ所
一部事務組合立	ヶ所
その他	ヶ所

※日本赤十字社、済生会等の団体傘下の病院を含む。

2. 交付希望医療機関(病院)の概要等について

(1) 医療機関(病院)名と補助対象経費等

医療機関(病院)名	補助対象経費総額	補助金希望額	補助対象導入希望医療機器 (品目名)	備考
病院				

注1. この表は、貴都道府県内各医療機関(病院)からの交付希望調書(調査票②)をとりまとめて、各医療機関(病院)毎に記入して下さい。

注2. 補助対象経費総額の欄は、調査票②の4. 補助対象導入希望医療機器内訳の金額(補助対象経費)の欄の合計を記入して下さい。

(2) 医療機関(病院)の位置(地図上の場所)

※ 別紙を用いて作成して下さい。

3. 交付希望医療機関(病院)の指標等について

医療機関(病院)名：

平成30年度			令和元年度			令和2年度			令和3年度補助金交付希望		過去の補助実績		過去3年間の平均			備考
患者数	診療単価	経常収支率	患者数	診療単価	経常収支率	患者数	診療単価	経常収支率	補助対象経費	補助金所要額	年度	補助金交付累計額	患者数	診療単価	経常収支率	
人	円	%	人	円	%	人	円	%	千円	千円		千円	人	円	%	

注. この表は、貴都道府県内各医療機関(病院)毎に記入して下さい。

4. 交付希望医療機関(病院)の詳細概要等について

各医療機関(病院)毎に調査票②を作成して下さい。

【上記3. 交付希望医療機関(病院)の指標等の記入例】

医療機関(病院)名：〇〇〇病院

平成30年度			令和元年度			令和2年度			令和3年度補助金交付希望		過去の補助実績		過去3年間の平均			備考
患者数	診療単価	経常収支率	患者数	診療単価	経常収支率	患者数	診療単価	経常収支率	補助対象経費	補助金所要額	年度	補助金交付累計額	患者数	診療単価	経常収支率	
人	円	%	人	円	%	人	円	%	千円	千円		千円	人	円	%	
142	15.0	99.0	142	15.0	100.0	145	15.0	100.0	60,000	7,500	50、61、2	20,000	143	15.0	99.7	

↓

患者数は自動車事故関係の実患者数を記入して下さい。

$(142+142+145) \div 3$ ←

$(15+15+15) \div 3$ ←