

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)交付希望調査書

1. 医療機関(病院)の担当者等

医療機関(病院)名	〒	所在地	医療機関の担当部署名及び担当者名、 電話、FAX、E-mailアドレス
病院			
開設者名	〒	住所	開設者の担当部署名及び担当者名、電話、FAX、 E-mailアドレス(ただし医療機関の担当者と同じ 場合は記入不要)
当該病院が含まれている二次医療圏(地域医療計画に基づくもの)の人口： 千人(年 月 日現在) 当該病院が含まれている二次医療圏(地域医療計画に基づくもの)の二次救急病院数： ヲ所(年 月 日現在) " 三次救急病院数： ヲ所(年 月 日現在)			

いずれかに○をつけて下さい

連絡先	
(1) 病院	(1) 既存病院 ・ 新設病院
(2) 開設者	(2) 救急病院告示の有無 有 ・ 無
いずれかに○	(3) 救急医療体制区分 三次 ・ 二次 ・ 一次(初期)
	()

注1. 開設者欄は、当該医療機関(病院)を開設した者、例えば県立病院の場合は〇〇県知事、又は、〇〇企業管理者等と記入すること。

2. 連絡先欄は、今後本件補助金について国土交通省と具体的に対応する部課が存する医療機関又は開設者について記入すること。

2. 診療科の設置内容(年 月 日現在)

※様式内に記入することができない場合は、別紙を用いて作成すること。

3. 救急患者数等実績

項目 年度	救急患者受入総数		うち、自動車事故救急患者			経常収支			備考
	実患者数 (人)	延患者数 (人日)	受入総数		自由診療単価 1点の額(円)	収入(A) (千円)	支出(B) (千円)	収支率(A/B) (%)	
			実患者数 (人)	延患者数 (人日)					
平成30年度									
令和元年度									
令和2年度									

- 注1. 患者数がわかる資料（公表している年報の写し等）を添付すること。
 2. 患者総数における実患者数は、初診患者数を記入し、延患者数は、総数（人日数）を記入すること。
 3. 自由診療単価1点の額は、自動車事故関係に限って記入すること。また、1点の額を定めている規定（条文又は内部規程など）を資料として添付すること。
 4. 経常収支は、病院施設ではなく法人の損益計算書をもとに算出することとし、算出にあたっては、特別利益・特別損失を除くこと。また、公立病院等の場合、収入欄に一般会計からの繰入額を括弧書きで記入すること。
 5. 該当年度の損益計算書（写）を添付すること。

4. 導入希望補助対象医療機器内訳

品名	補助対象 機器番号	個数	単価(円)	金額(補助対象経費)	当該医療機器を導入する理由(具体的に記入)	医療機器の 導入予定時期
合計						

- 注1. 導入希望補助対象医療機器は別添補助対象機器一覧表の機器とする。単価については補助対象医療機器本体に係る費用で、設置工事費用及び搬入費用等を除いた額とし、補助対象経費が過大とならないように有効な2者以上の見積書の写しを本票に添付すること。ただし、1者に限定される場合は理由書（様式自由）を添付すること。また、一般競争入札を行う場合は予定価格に見合う見積書を添付すること。
 2. 導入希望補助対象医療機器の1品の導入価格が1,000万円未満のものは補助対象外とする。
 3. 医療機器の導入時期は、交付決定日以降とすること。
 4. 様式内に記入することができない場合は、別紙を用いて作成すること。

5. 自動車事故対策費補助金（救急医療機器整備事業）交付実績

年度	年度	年度	年度	年度
補助金の額	千円	千円	千円	千円

- 注1. 各年度毎に自動車事故対策費補助金（救急医療機器整備事業）の交付実績をすべて記入すること。
 2. 様式内に記入することができない場合は、別紙を用いて作成すること。

6. 同種の医療機器の救急患者への使用実績

右のいずれかに○をつけて下さい。 更新 ・ 増設 ・ 新規

項目 年度	総使用実績	うち、自動車事故救急患者への使用実績	取り扱い医師等の人数
平成30年度	件	件	医師： 人、技師 人、その他 人
令和元年度	件	件	医師： 人、技師 人、その他 人
令和2年度	件	件	医師： 人、技師 人、その他 人

- 注1. 更新：更新前の既存医療機器の使用実績を記入すること。
 2. 増設：既存の医療機器の使用実績を記入すること。
 なお、既存の医療機器を複数有する場合は、使用頻度が最も高いものについて記入すること。 3. 新規：使用実績の記入は不要。
 4. 取扱い医師等の人数については、実際に医療機器を取り扱ってきた医師、技師等の人数を記入すること。
 5. 使用実績は、診療報酬が伴うものとし、1検査を1件として記入すること。
 6. 2品希望の場合は、それぞれの機器の使用実績について、注記参照のうえ記入すること。
 (様式に記入が困難な場合は、別紙を用いて記入すること)

7. 導入希望補助対象医療機器と同種の医療機器の設置台数及び導入後の経過年数の状況 (年 月 日現在)

設置台数	導入後経過年数 (更新対象)	導入後経過年数 (左記以外)	同左
台	年	年	年

- 注1. 更新される医療機器を含む総数を記入すること。
 2. 複数台ある場合は医療機器毎に経過年数を記入すること。
 3. 様式に記入が困難な場合は、別紙を用いて記入すること。

8. 医療機関 (病院) における救急医療体制整備状況 ※様式に記入が困難な場合は、別紙を用いて記入すること。なお、既存の資料を添付することでも可。
 1ヶ月の救急受入体制日数 (①又は②に記入すること)

①割当て日数 (輪番制の場合)	(参考) 実受入日数 ※毎日の場合は30日	②受入日数 (輪番制でない)
日	日	日

9. 医療機関 (病院) において、救急医療体制を整備する際に留意している点があれば具体的に記入して下さい。

10. 医療機関（病院）において、当該医療機器を導入するにあたり、本補助金を必要とする理由を当施策の目的（交付要綱第2条）の観点から具体的に記入して下さい。

11. その他（当施策に対するご意見、当該補助対象医療機器以外の補助対象機器及び補助対象メニューの希望等があれば具体的に記入して下さい。）

