様式１

年　　月　　日

鳥取県知事　様

住　　所

申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　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、確認をお願いします。

また、確認された場合においては、確認証の交付をお願いします。

１　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　制度の対象となる設備等の概要（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 |  |
| 取得時期 |  |

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（任意様式）

　・その他参考書類

４　連絡先

　　医療機関名

　　担当者所属・氏名

　　担当者連絡先　　電　　　話

　　　　　　　　　　電子メール