佐賀県ICT医療連携推進ストアクライアント導入事業　事業計画書

＜提出日＞　平成　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関（薬局）名 |  |
| 担当者名 |  |
| TEL |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |

１　標記事業の実施を希望します。事業計画の内容はつぎのとおりです。

　（１）改修する電子カルテシステム

|  |  |
| --- | --- |
| ベンダー名 |  |
| システム名 |  |

　（２）事業費

（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象経費（税込） | A |  |
| ＜補助率＞ | 1/2 |  |
| 補助算定額 | B（A×補助率）※千円未満切捨て |  |
| 基準額 | C（100,000円） |  |
| 補助額 | BとCを比較して少ない方 |  |

（※対象経費（税込）は見積書の金額と同額としてください。）

２　見積書は別添のとおりです。

　　　　（※見積書は写しで構いません。）

佐賀県ICT医療連携推進ストアクライアント導入事業　事業計画書

**記　載　例**

＜提出日＞　平成３０年○○月○○日

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関（薬局）名 | 医療法人○○　○○医院 |
| 担当者名 | ○○○○ |
| TEL | ○○○○‐○○‐○○○○ |
| FAX | ○○○○‐○○‐○○○○ |
| E-mail | ○○○○＠○○.○○○.ｊｐ |

１　標記事業の実施を希望します。事業計画の内容はつぎのとおりです。

　（１）改修する電子カルテシステム

|  |  |
| --- | --- |
| ベンダー名 | 例：（株）ビー・エム・エル |
| システム名 | 例：MedicalStation |

　（２）事業費

（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象経費（税込） | A | 216,000円 |
| ＜補助率＞ | 1/2 |  |
| 補助算定額 | B（A×補助率）※千円未満切捨て | 108,000円 |
| 基準額 | C（100,000円） |  |
| 補助額 | BとCを比較して少ない方 | 100,000円 |

（※対象経費（税込）は見積書の金額と同額としてください。）

２　見積書は別添のとおりです。

　　　　（※見積書は写しで構いません。）