

令和元年度佐賀県 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> 令和 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。)

記 載 例

令和元年度佐賀県 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＞ 令和2年〇〇月〇〇日

医療機関（薬局）名	医療法人〇〇 〇〇医院
担当者名	〇〇〇〇
TEL	〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇
FAX	〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇
E-mail	〇〇〇〇@〇〇.〇〇〇.j p

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。)