

(1) で「イ：平成27年度中に実施する予定はない」の場合のみ FAX 可

(様式1)

【FAX：076-225-1434】

### 平成27年度中の有床診療所等スプリンクラー等整備事業の実施予定について

病院・診療所・助産所名			
所在地			
記入者氏名			
電話番号		FAX番号	
メールアドレス			

#### <補助概要>

現時点で下記①～③のいずれかの設置義務がない病院、有床の診療所・助産所施設が対象です。  
(新規設置に限るものであり、設置済のものを更新することは補助対象外です。)

- ①スプリンクラー施設整備 (パッケージ型含む)  
スプリンクラー設備が未設置の棟を整備する際の設置工事費について補助  
(基準単価17500円/㎡×補助対象面積と実際の工事費を比較して少ない額)
- ②自動火災報知設備整備  
自動火災報知設備を新設する際の工事費について補助  
(基準単価1,030千円と実際の工事費を比較して少ない額)
- ③火災通報装置整備  
火災通報装置を新設する際の工事費について補助  
(基準単価310千円と実際の工事費を比較して少ない額)

(1) 平成27年度中の有床診療所等スプリンクラー等施設整備事業(国庫補助事業)の実施予定について、ア・イのいずれかに○を付けてください。

ア 平成27年度中に実施する予定である

→アの場合は次の(2)の回答は不要であり、厚生労働省に提出する事業計画書(別添様式2)及び参考資料(整備図面・見積書等)をご持参くださいますようお願いいたします。

イ 平成27年度中に実施する予定はない

→イの場合は次の(2)もご回答ください

(2) (1) で「イ」を選択した方は、いずれかに○を付けてください。

- ア 全ての棟が法令により設置義務があり整備済
- イ 今後整備をする予定(平成 年度)
- ウ 今後整備をすることについて検討中
- エ 整備をする予定はない