

(1)で「イ：平成28年度中に実施する予定はない」の場合のみ様式1のFAX可
送付先 FAX：076-225-1434 医療指導G宛て

(様式1)

平成28年度スプリンクラー補助金申請の意向について

病院・診療所名			
所在地	〒		
担当者氏名			
電話番号		FAX番号	

<補助概要>

消防法施行令の改正により、新たに設置義務の生じる施設、及び設置義務はないが自主的に、整備を行う施設が対象です。(新規設置に限る、設備の更新は補助対象外。)

①スプリンクラー施設整備 (パッケージ型及び水道連結型を含む)

基準単価17,500円/㎡×補助対象面積 (住宅部分等、医療施設部分以外は対象外)

②自動火災報知設備整備

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

基準単価310千円と実際の工事費を比較して少ない額

* 補助単価は変更になる場合があります。

* 上記設備の設置にあたっては、可能な限り、消防検査済証が発行できる基準の設備となるよう、事前に消防へのご確認をお願いいたします。

(1) 平成28年度補助金申請についてア・イのいずれかに○を付けてください。

ア 平成28年度中に補助金申請 (工事实施) する予定である

→次の(2)の回答は不要です。下記書類のご提出をお願いします。

- ・厚生労働省に提出する事業計画書 (別添様式2)
- ・参考資料 (整備面積の分かる図面・見積書)

イ 平成28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。

1. 今後整備をする予定 (平成 年度)
2. 今後整備をすることについて検討中
3. 整備をする予定はない