（様式２）

文　　書　　番　　号

令和　　年　　月　　日

　長　崎　県　知　事　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

医療用機器の効率的な配置の促進に向けた特別償却に関する確認書交付申請書

　　医療用機器の効率的な配置の促進に向けた特別償却を受けたいので、確認証の交付を申請します。

１　区分（該当項目に☑）

　　医療用機器の効率的な配置の促進に向けた特別償却の確認

　　　　□　ア　一定基準以上の利用頻度がある機器の更新

　　　　□　イ　共同利用を前提とした新規（追加）購入

　　　　□　ウ　上記ア、イ以外

２　確認願の提出日

年　　月　　日付け（文書番号）

３　制度の対象となる設備等の概要（該当項目に☑）

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 施設所在地 |  |
| 整備区分 | 機器の更新　　新規（追加）購入 |
| 医療用機器の内容 | □　超電導磁石式全身用ＭＲ装置  □　永久磁石式全身用ＭＲ装置  □　全身用Ｘ線ＣＴ診断装置（４列未満を除く。）  □　人体回転型全身用Ｘ線ＣＴ診断装置（４列未満を除く。） |