

医推第625号
令和3年8月11日

(公社)岡山県医師会長 殿

岡山県保健福祉部医療推進課長
(公 印 省 略)

医療機関等のスプリンクラー等施設整備に係る補助金の
要望調査について (令和4年度実施分)

本県の保健医療行政の推進につきましては、格別の御理解と御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

令和4年度の予算編成の参考とするため、別紙のとおり県内の病院、有床診療所及び有床助産所あてに、スプリンクラー等施設整備に係る補助金の要望を照会していますので、当該内容を御了知の上、貴会会員への周知について御配慮願います。

<問い合わせ先>

〒700-8570 岡山市北区内山下2-4-6

岡山県保健福祉部医療推進課

地域医療体制整備班 藤岡

TEL : 086-226-7084

E-mail: tomoyo_fujoka@pref.okayama.lg.jp





医推第624号
令和3年8月11日

各医療機関の長 殿

岡山県保健福祉部医療推進課長
(公印省略)

有床診療所等が行うスプリンクラー等施設整備に係る
補助金の要望調査について(令和4年度実施分)

本県の保健医療行政の推進につきましては、格別の御理解と御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、このことについて、令和4年度の予算編成の参考とするため、スプリンクラー等施設整備に係る補助金の要望を把握したいので、貴院において要望があれば、次により書類の提出をお願いします。

補助金交付要綱に記載する事業内容の変更や廃止もあることから、本要望調査は必ずしも補助金の交付を約束するものではないことを申し添えます。

なお、令和4年度に整備予定がない場合は連絡不要です。

記

1 対象事業

平成26年3月7日医政発第0307第3号厚生労働省医政局長通知「有床診療所等スプリンクラー等施設整備事業の実施について」に基づく事業

※上記通知は、県のホームページに掲載しています。

(<https://www.pref.okayama.jp/page/623692.html>)

2 提出書類

別紙様式(スプリンクラー等施設整備要望書)

※様式等は上記ホームページからダウンロードできます。

3 提出期限及び提出方法

提出期限：令和3年9月8日(水) 17時

提出方法：電子メール(tomoyo_fujioka@pref.okayama.lg.jp)又は郵送

4 留意事項

- (1) 上記様式の提出があった医療機関にのみ、令和4年3月頃を目途に具体的な申請手続きを御案内しますので、令和4年度に補助事業を検討している場合は、必ず御提出ください
(国の動向により、御案内の時期が変わることがあります。)
- (2) 申請手続きの際には、短期間で事業計画書等を作成することとなりますので、見積書、図面の作成等の準備をお願いします。
- (3) 対象面積等については、現時点では概算で構いませんが、事業計画書提出の際には正確な数値を記載する必要があります。
- (4) 補助基準額等は国の要綱改正等に伴い変更される可能性があります。
- (5) 補助金の内示前に工事・契約に着手しているものは補助対象になりません。

<提出先及び問い合わせ先>

〒700-8570 岡山市北区内山下2-4-6

岡山県保健福祉部医療推進課

地域医療体制整備班 藤岡

TEL : 086-226-7084

E-mail: tomoyo_fujioka@pref.okayama.lg.jp

スプリンクラー等施設整備要望書

1. 基本情報

事業年度	令和4年度		
施設名		所在地	

2. 事業概要

事業を計画している事業に○を付けてください。(複数可)

- (1)スプリンクラー
- (2)自動火災報知設備

3. 事業詳細

(1)を選んだ場合には、次の項目にも回答をお願いします。(棟ごとに記入してください。)

棟名		
延床面積		m ²
対象面積		m ²
設備種別		
消火ポンプ ユニットの有無		←設備種別が(1),(2)の場合のみ回答

棟名		
延床面積		m ²
対象面積		m ²
設備種別		
消火ポンプ ユニットの有無		←設備種別が(1),(2)の場合のみ回答

担当者連絡先(本調書作成者)

所属	
職氏名	
TEL/FAX	
メールアドレス	

スプリンクラー等施設整備要望書

1. 基本情報

事業年度	令和4年度		
施設名	岡山診療所	所在地	岡山市北区内山下2-4-6

2. 事業概要

事業を計画している事業に○を付けてください。(複数可)

(1)スプリンクラー

(2)自動火災報知設備

3. 事業詳細

(1)を選んだ場合には、次の項目にも回答をお願いします。(棟ごとに記入してください。)

<記入例1>

棟名	診療棟
延床面積	500㎡
対象面積	300㎡
設備種別	(1)通常型スプリンクラー
消火ポンプ ユニットの有無	有

対象面積は、施設面積のうちスプリンクラー又は補助散水栓の設置面積です。
(居宅等は含みません。)

←設備種別が(1),(2)の場合のみ回答

<記入例2>

棟名	診療棟
延床面積	5,000㎡
対象面積	4,300㎡
設備種別	(3)パッケージ型自動消火設備
消火ポンプ ユニットの有無	

←設備種別が(1),(2)の場合のみ回答

設計事務所等ではなく、医療機関
の連絡先を記載してください

担当者連絡先(本調書作成者)

所属	事務室
職氏名	事務長 ○○ ○○
TEL/FAX	086-226-7084/086-224-2313
メールアドレス	iryo@pref.okayama.lg.jp