

租税特別措置法施行令第39条の25第1項第1号に規定する厚生労働大臣が財務大臣と協議して定める基準のうち第1条第2号イに該当している旨の証明願

申請者名 _____

住 所 _____

令和 年 月 日

_____ 知事・市長 殿

次の記載事項が事実と相違ないことを証明願います。

記

1 証明の対象となる医療施設

- (1) 名称
(2) 所在
(3) 標榜する診療科目

2 証明を受けようとする事実（下記のうち証明を受けようとする項目の□欄を塗りつぶすこと。）

区分欄		基 準		
(1)	<input type="checkbox"/>	病院（医療法（昭和23年法律第205号）第1条の5第1項）であって、40人以上の患者を入院させるための施設を有すること。		
(2)	イ	<input type="checkbox"/>	専ら（皮膚泌尿器科、眼科、整形外科、耳鼻いんこう科又は歯科）科の診療を行う病院（医療法（昭和23年法律第205号）第1条の5第1項）であって、30人以上の患者を入院させるための施設を有すること。	
	ロ	<input type="checkbox"/>	救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第8号）第2条第1項の規定に基づき、救急病院である旨を告示されていること。	
	ハ	①	<input type="checkbox"/>	救急病院等を定める省令第2条第1項の規定に基づき、救急診療所である旨を告示されていること。
		②	<input type="checkbox"/>	15人以上の患者を入院させるための施設を有すること。

（注意事項）

- ・ 申請先の知事・市長は適宜、不要なほうを削除してください。
- ・ 上記区分欄の（1）に該当する場合は、（2）について証明を受ける必要はないこと。
- ・ 証明を受けようとする事実に応じ、（1）に該当する場合は付表1を、（2）イに該当する場合は付表1及び付表2を、（2）ロ又はハ①に該当する場合は付表3を、（2）ハ②に該当する場合は付表1を添付すること。

付表記載事項等を調査した結果、上記の記載事項は事実と相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

証明者 _____ 印

証明を受けようとする医療施設に係る明細書

申請者名 _____

住 所 _____

以下のとおり相違ありません。

入院施設の明細

病床区分	室数	病床数
一般病床		
療養病床		
精神病床		
感染症病床		
結核病床		
合計		

(記載上の留意事項)

- ① 患者収容定員数（病床数）については、当該医療施設が医療法第27条の規定に基づき使用許可を受けている許可病床の数を記載すること。
- ② 当該医療施設が開設されていない場合は、医療法人設立認可の際の開設予定病床数又は開設許可を受けている病床数をもってこれに代えること。この場合、開設予定又は開設許可病床数が使用許可病床数と相違することのないよう留意すること。

※ 当該医療施設に係る使用許可証（当該医療施設が開設されていない場合は、医療法人設立認可証又は開設許可証）を添付すること。

証明を受けようとする事実（2）イに係る添付書類

申請者名 _____

住 所 _____

以下のとおり相違ありません。

1 診療科名(該当するものすべての番号を○で囲むこと)

1 内科	2 心療内科	3 精神科	4 神経科	5 呼吸器科	6 消化器科	7 循環器科
8 アレルギー科	9 リウマチ科	10 小児科	11 外科	12 整形外科	13 形成外科	
14 美容外科	15 脳神経外科	16 呼吸器外科	17 心臓血管外科	18 小児外科	19 皮膚泌尿器科	
20 性病科	21 こう門科	22 産婦人科	23 眼科	24 耳鼻いんこう科	25 気管食道科	
26 リハビリテーション科	27 放射線科	28 歯科	29 矯正歯科	30 小児歯科		
31 歯科口腔外科	32 神経内科	33 胃腸科	34 皮膚科	35 泌尿器科	36 産科	37 婦人科
38 麻酔科						

2 皮膚泌尿器科、眼科、整形外科、耳鼻いんこう科又は歯科の診療に係る実績等

(1) 担当常勤医師の氏名

診療科名	氏名

(2) 診療の実績(平成 年 月 日から平成 年 月 日まで)

診療科名	年間診療患者数	1日平均入院患者数
皮膚泌尿器科		
眼科		
整形外科		
耳鼻いんこう科		
歯科		
合計		
全診療科		

(記載上の留意事項)

前事業年度(新設法人の第1回事業年度にあつては、事業年度開始の日から申請のときまでの期間)について記載すること。

(3) 看護職員数

診療科名	看護職員	
	専従者	他診療科との兼務
皮膚泌尿器科		
眼科		
整形外科		
耳鼻いんこう科		
歯科		
合計		
全診療科		

証明を受けようとする事実（2）ロ又はハに係る添付書類

申請者名 _____

住 所 _____

以下のとおり相違ありません。

1 指定を受けている医療施設の種別（いずれか該当するものを○で囲むこと。）

- ・ 救急病院
- ・ 救急診療所

2 告示年月日等

昭和・平成・令和 年 月 日 県告示第 号

※ 救急病院等を定める省令第2条第1項の規定に基づき、救急病院又は救急診療所である旨を告示されていることを証する書類（都道府県公報の写し又は指定書）を添付すること。