

様式第 1

経営力向上計画に係る認定申請書

平成〇年〇月〇日

××厚生局長 ○○ 殿

提出先は業種によって異なります。詳細は「経営力向上計画 策定・活用の手引き」を参照ください。また、官職名が記載されていれば、氏名は省略しても差し支えありません。

住 所
名 称 及 び
代表者の氏名

●●県××市△△1-3-1
○○医院
○○ ○○ 印

中小企業等経営強化法第 13 条第 1 項の規定に基づき、別紙の計画について認定を受けたいので申請します。

認定申請書の提出の際に、(備考) 及び (実施要領) は、必要ありません。

(別紙)
経営力向上計画

1 名称等

事業者の氏名又は名称 _____ 〇 〇 〇 〇 院

法人番号 13桁を記載
してください。

代表者の役職名及び氏名 〇〇 〇〇

資本金又は出資の額 _____ 常時使用する従業員の数 〇〇人

法人番号 ×××××××××××××××× 設立年月日 平成〇〇年〇月〇日

2 事業分野と事業分野別指針名

事業分野 $\left\{ \begin{array}{l} 83 \text{ 医療業} \\ 8300 \text{ 〇〇} \end{array} \right.$ 事業分野別指針名 $\left\{ \begin{array}{l} \text{医療分野に係る中小企業等経営強化} \\ \text{法第十二条第一項に規定する事業分} \\ \text{野別指針} \end{array} \right.$

日本標準産業分類の中分類と
細分類コードと項目名をご記入下さ

事業分野別指針は業種によって異なります。
詳細は「経営力向上計画 策定・活
用の手引き」を参照ください。

3 実施時期

平成 30 年 4 月～平成 33 年 3 月

計画開始の月から起算して、①3年(36か月)、②4年(48か
月)、③5年(60か月)のいずれかの期間を設定して記載くださ
い。

4 現状認識

①	自社の事業概要	〇〇〇〇医院(以下「当院」という。)を平成〇〇年に〇〇駅前に開設し、 〇〇や△△の治療に力を入れている。また、平成〇〇年から新たに〇〇を開 始した。
②	自社の商品・サービス が対象とする顧客・市 場の動向、競合の動向	〇科医院は〇〇市内に〇〇件あり、〇〇駅から徒歩圏内にも〇件あるため、 競合は激しい状況にある。また、近年は中高年の患者様を中心に〇〇という ニーズが高まっており、これに対応するには〇〇を用いた治療方法が必要で あるところ、当院では平成〇〇年に近隣他院に先駆けてこの治療方法を導入 し、患者様から好評を得てきた。これまで当院の強みは、〇〇を用いた治療 方法が可能なことであった。しかし、近年では他院も〇〇の治療方法の導入 を始めており、当院の来院患者数は減少傾向にある。
③	自社の経営状況	事業所得は平成〇〇年度〇〇,〇〇〇千円、平成〇〇年度〇〇,〇〇〇千円と 減少している。その主な要因は来院患者数の減少であり、5年前の平成〇〇 年度の来院患者数は〇,〇〇〇人であったが、平成〇〇年度は〇,〇〇〇人に 大きく落ち込んでいる。

5 経営力向上の目標及び経営力向上による経営の向上の程度を示す指標

指標の種類	A現状(数値)	B 計画終了時の目標 (数値)	伸び率((B-A) / A) (%)
平均勤続年数	〇. 〇年	〇. 〇年	〇〇%

事業分野別指針を元に、指標の種類を選び経営力向上計画の実施期間に
応じた伸び率を記載ください。

6 経営力向上の内容

(1) 現に有する経営資源を利用する取組 ・ 無

(2) 他の事業者から取得した又は提供された経営資源を利用する取組 ・ 無

(3) 具体的な実施事項

	事業分野別指針の該当箇所	事業承継等の種類	実施事項 (具体的な取組を記載)	新事業活動への該非 (該当する場合は○)
ア	サービスの品質向上に関する事項		〇〇の最新設備を導入することにより、〇〇が可能となり、より〇〇な△△の治療を行えるようにする。これにより、これまで対応できなかった患者様の〇〇というニーズに対応でき、より幅広い患者様に質の高い医療を提供できる。	○
イ	人材に関する事項		多様な働き方の希望に応じた人事配置を行えるようにするため、勤務シフト設定を見直すとともに、夜勤専従制度・短時間正職員制度の導入を行う。	
ウ	人材に関する事項		医療従事者の勤務環境の改善のため、県に設置されている医療勤務環境改善支援センターを利用し、医師、看護師、事務職員等の幅広いスタッフの協力の下、継続的な勤務環境改善活動を促進する体制を院内に構築する。	○
エ	経営資源の組合せ	事業の譲受け	【××医院の事業承継】 当院から約300メートル離れた場所にある××医院について、院長が逝去し、親族に後継者がいないことや、職員も高齢化していることから医業の継続が困難となったが、当該地域の医療ニーズに応えるため、当医院が事業承継することとなった。承継に伴い、××医院の職員は全員継続雇用することで、各人の適正に応じた人員配置が可能となる。また、幅広い医療機器等の導入により、多様な患者ニーズに対応することが可能となる。これらにより、より質の高い効率的な医院経営を目指す。	○

「事業承継等の種類」

事業承継等を伴う取組を行う場合には、該当する実施事項の欄に、以下の①～⑧のうち、該当する行為を記載してください。(事業承継等を伴わない場合には、斜線を引いてください。)

- ①吸収合併 ②新設合併 ③吸収分割 ④新設分割 ⑤株式交換
⑥株式移転 ⑦事業又は資産の譲受け ⑧株式又は持分の取得

「実施事項 (具体的な取組を記載)」

左記に記載した事業承継による経営力向上の計画について、具体的な取組を記載してください。

7 経営力向上を実施するために必要な資金の額及びその調達方法

実施事項	用途・用途	資金調達方法	金額(千円)
ア	設備購入費用	自己資金	〇, 〇〇〇

取得予定年月を記載ください。

想定している措置(固定資産税、国税A類型、国税B類型)に〇を記載ください。

8 経営力向上設備等の種類

実施事項	取得年月	利用を想定している支援措置	設備等の名称/型式	所在地
1		固・国A・国B		
2		固・国A・国B		
3		固・国A・国B		

各番号の設備の情報を続けて記載ください。

設備等の種類	単価(千円)	数量	金額(千円)	証明書等の文書番号等
1				
2				
3				

各設備の減価償却資産の種類を記載ください。

設備等の種類別	設備等の種類	数量	金額(千円)
小計	機械装置		
	器具備品		
	工具		
	建物附属設備		
	ソフトウェア		
合計			

各設備の種類毎に数量、金額の小計を記載ください。

工業会等の証明書の整理番号や、経済産業局の確認書の文書番号を記載ください。
また、工業会等証明書と経産局確認書の両方を添付している場合は、両方の番号を記載ください。

※医療保険業を行う事業者が取得又は製作する医療機器及び建物附属設備は、国税の特例措置は利用できませんが、固定資産税の軽減措置は利用可能です。

9 特定許認可等に基づく被承継等中小企業者等の地位

なし

特定許認可等の承継を希望する場合に記載してください。

10 事業承継等により、譲受け又は取得する不動産の内容
(土地)

	実施事項	所在地番	地目	面積 (㎡)	事業承継等の種類	事業又は資産の譲受け元名
1	エ	〇〇県〇〇市〇〇丁目〇番地	宅地	320 ㎡	事業の譲受	〇〇医院
2						
3						

(家屋)

	実施事項	所在家屋番号	種類構造	床面積 (㎡)	事業承継等の種類	事業又は資産の譲受け元名
1	エ	〇〇県〇〇市〇〇丁目〇番地	RC 造	240 ㎡	事業の譲受	〇〇医院
2						
3						

事業承継等により取得する不動産について、所有権移転登記の登録免許税の軽減措置の適用を希望する不動産について記載してください。
「実施事項」欄には、「6 経営力向上の内容」の実施事項ごとの記号を記載してください。当該不動産の登記簿に記載されている情報を記載してください。

11 事業又は資産の譲受けにより、譲受け又は取得する不動産の内容
(土地)

	実施事項	所在地番	地目	面積 (㎡)	事業承継等の種類	事業又は資産の譲受け元名
1						
2						
3						

(家屋)

	実施事項	所在家屋番号	種類構造	床面積 (㎡)	事業又は資産の譲受け元名
1					
2					
3					

事業譲渡に伴う不動産取得税の軽減措置を希望する場合(様式第2)のみ記載してください。