附件1

湖南省公立医疗机构

特需医疗服务项目新增和备案申请表

申报项目名称 ：

申报单位：（盖章）

负 责 人：

填 表 人：

申报时间： 年 月 日

联系电话: ：

湖南省医疗保障局制

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | 项目类别 |  |
| 计价单位 |  | 项目编码 |  |
| 一 | 卫生材料费(含试剂) | 型号 | 产地 | 计量规格 | 单位 | 单价1 | 每人次用量2 | 每人次摊销金额1×2 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 小计 |  |  |  |  |  |  |  |
| 二 | 低值易耗品(非一次性用品)费 | 型号 | 产地 | 计量规格 | 单位 | 单价1 | 每人次用量2 | 每人次摊销金额1×2 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 小计 |  |  |  |  |  |  |  |
| 三 | 水电**气**消耗费用 | 数量 | 单位 | 单价1 | 每人次用量2 | 每人次摊销金额1×2 |
| 水 |  | 吨 |  |  |  |
| 电 |  | 度 |  |  |  |
| 气 |  | 立方 |  |  |  |
| 小计 |  |  |  |  |  |
| 四 | 人工费用 | 每项次耗时1 | 操作人数2 | 每小时工资3 | 每人次摊销金额1×2×3 |
| 医生 |  |  |  |  |
| 护士 |  |  |  |  |
| 计师 |  |  |  |  |
| 小计 |  |  |  |  |
| 五 | 设备折旧费 | 型号 | 品牌 | 单价1 | 折旧年限2 | 年服务项次3 | 每人次摊销金额0.95×1÷2÷3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 小计 |  |  |  |  |  |  |
| 六 | 房屋折旧费(甲) | 房屋造价1 | 折旧年限2 | 年折旧额3=0.95×1÷2 | 使用面积4 | 年服务项次5 | 每人次摊销金额3×4÷5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 小计 |  |  |  |  |  |  |
| 七 | 管理费 |  |
| 八 | 成本合计 |  | 申报价格 |  |
| 项目内涵： |
| 除外内容： |
| 外省市价格： |
| 医疗机构负责人意见（签章）：年 月 日 |
| 市州医疗保障局意见（签章）：年 月 日 |
| 省医疗保障局意见（公章）：年 月 日 |