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 | | | | | | | | | | |