

(13) 第14表関係（社会福祉事業を行う法人・医療事業を行う法人用）

法人の設置する施設ごとに実際の収容人員を記載するとともに、そのうち措置委託又は保育の実施により受け入れている人員を記載してください。

10-4 法人の事業の規模等—社会福祉事業を行う法人

(令和3年○月○日現在)

法人の設置する施設の名称	施設の種類	収容定員	㊤ 実際の収容人員	㊤のうち措置委託又は保育の実施による人員	措置委託又は保育の実施によらない者から徴収する利用料金及びその決定方法
〇〇〇〇	特別養護老人ホーム	20名	20(予定)名	なし名	約款による

第14表
医療事業を行う法人
社会福祉事業を行う法人
用

(注) 措置委託又は保育の実施の対象となる施設が措置委託又は保育の実施による者を収容していない場合又は措置委託又は保育の実施による者のほか措置委託又は保育の実施によらない者も収容している場合には、その理由書を添付します。

入院患者の収容人員や収容施設の詳細などを記載してください。

10-5 法人の事業の規模等—医療事業を行う法人

(1) 入院患者の収容人員等

(令和 年 月 日現在)

区分	科	科	科	科	科	科	科	
収容定員	名	名	名	名	名	名	名	
実際の収容人員	名	名	名	名	名	名	名	
救急病院又は救急診療所の告示	告示年月日 { . . . }・告示なし		入院患者用ベッド総数	台	左のうち 差額ベッド の数	台	差額ベッド 1台当たりの 差額料金	最高 円
		最低 円						
診療時間	平日	通常診療	時～時		日曜祭日	通常診療	時～時・休診	
		救急診療	時～時			救急診療	時～時・休診	
医療計画への掲載又は公示	掲載又は公示されている都道府県 ()			公示・掲載年月日 { . . . }	基金の有無	有 ・ 無		

(2) 診療収入の明細（寄附をした日の属する年の前年1年間（個人で開業していた期間を含む。））

診療収入の区分	患者数	基金から受けた収入金額	患者から受けた収入金額	合計収入金額	構成比	診療報酬が社会保険診療報酬と異なる基準の場合はその基準（1点単価等）
社会保険診療	延名	千円	千円	千円	%	
介護保険給付						
自由診療						
診療外収入						
合計	延名	千円	千円	千円	100%	

都道府県が定める医療計画に掲載又は公示されている場合には、その都道府県名及び掲載又は公示年月日を記載してください。また、基金として受け入れたものの有無について記載してください。

「社会保険診療」、「介護保険給付」などの収入区分ごとに内訳を記載してください。

(資13-1-17-A4統一)(令元.6)

イ 記載要領

(イ) この表は、社会福祉事業を行う法人又は医療事業を行う法人に寄附をした場合に使用します。

なお、承認申請書を提出する日の直前の状況により記載してください。

(ロ) 『10-4 法人の事業の規模等—社会福祉事業を行う法人』の「施設の種類の種類」欄は、「保育所」、「特別養護老人ホーム」、「軽費老人ホーム」のように、具体的に記載してください。

(ハ) 『10-5 法人の事業の規模等—医療事業を行う法人』の記載に当たっては、次の点に留意してください。

A 「(1) 入院患者の収容人員等」の「救急病院又は救急診療所の告示」欄は、寄附を受けた法人の設置する病院又は診療所が、救急病院等を定める省令第2条の規定による告示があったものである場合には、告示年月日を記載し、告示がない場合には、「告示なし」の文字を○で囲んでください。

B 「(2) 診療収入の明細」の「診療収入の区分」ごとに、措法第26条第2項各号に掲げる給付、介護保険法の規定に基づく保険給付又は医療若しくは助産につき支払を受ける金額等及び患者の数を記載してください。

(注) 既存の書類等でこの表に記載すべき内容が記載されたものがある場合には、この表の適宜の箇所に「別紙のとおり」と記載の上、この表と既存の書類等を提出しても差し支えありません。

ロ 申請時確認事項

	確認項目	確認すべき事項	チェック
1	『10-4』の「法人の設置する施設の名称」欄	全ての施設について記載されていますか。	<input type="checkbox"/>
2	『10-4』の「 ア のうち措置委託又は保育の実施による人員」欄	措置委託又は保育の実施による受入れ人員数が記載されていますか。	<input type="checkbox"/>
3	『10-5』(1)の「救急病院又は救急診療所の告示」欄	救急病院又は救急診療所として告示されている場合には、告示年月日が記載されていますか。	<input type="checkbox"/>
4	『10-5』(1)の「医療計画への掲載又は公示」欄及び「基金の有無」欄	医療計画に掲載又は公示されている場合には、掲載又は公示年月日等が記載されていますか。 基金として受け入れたものは、非課税承認の対象となりません。	<input type="checkbox"/>
5	『10-5』の「(2) 診療収入の明細」欄	「社会保険診療」、「介護保険給付」などその収入区分ごとに記載されていますか。また、その収入金額が決算関係書類の金額と一致していますか。	<input type="checkbox"/>
6	『10-5』(2)の「診療報酬が社会保険診療報酬と異なる基準の場合はその基準」欄	診療報酬が社会保険診療報酬と異なる基準の場合には、その基準が具体的に記載されていますか。	<input type="checkbox"/>
7	全項目	記載すべき項目に記載漏れはありませんか。	<input type="checkbox"/>

ハ 添付書類

	添付を要する場合	書類	チェック
1	措置委託又は保育の実施による受入れ人員がある場合	対象人員について措置委託又は保育の実施を行った市区町村長等の証明書等	<input type="checkbox"/>
2	措置委託又は保育の実施の対象となる施設に措置委託又は保育の実施によらない人を受け入れている場合	措置委託又は保育の実施の対象となる施設に措置委託又は保育の実施によらない人を受け入れていることについての理由書	<input type="checkbox"/>