

事業者名	
サービス名称	

- ・今回実施する電話医療通訳サービスの利用促進のための施策として、電話医療通訳サービスにかかる利用料等の減額を必須とします。(減額の割合は任意)
- ・サービスの種類が複数あり料金形態が異なる場合はサービスごとにシートを追加して1部ずつ作成してください。
- ・料金設定について、基本料金に通訳料を含む場合は「料金に含まれる内容」欄に「通訳料含む」と記入し、「通訳料」欄は「0」と記載してください。
 ※使用時間により通話料金の単価が変わる場合は主たる料金を記載し、内訳もしくは別添で料金表を添付すること。
- ・電話医療通訳サービスの提供内容との整合性を図って作成してください。(「様式B-4利用促進計画書」に準じて作成)

料金項目(1契約あたり)	(A) 通常料金 (=今回実施するサービスを補助金を利用せずに実施すると想定した場合の料金)		(B) サービス料金 (補助金の利用を想定して設定するサービス料金)		(C) サービス料金の対象となる期間、時間、回数	(A-B)*(C) 減額される金額	料金に含まれる内容	項目を減額する営業戦略上の理由 ※利用促進計画と併せて記載 ※試用期間や時間数、回数の設定根拠等 ※減額される該当項目のみ記載
	円	円	円	円				
(1) 初期導入費用		円		円		0 円		
(2) 月額基本料金		円		円	カ月 / 最大	0 円		
(3) 通訳料 ※1分あたりの料金		円 / 分		円 / 分	分 / 最大	0 円		
(4) 通訳料 ※1回あたりの料金		円 / 回		円 / 回	回 / 最大	0 円		
(5)		円		円		0 円		
(6)		円		円		0 円		
(7)		円		円		0 円		
(8)		円		円		0 円		
(9)		円		円		0 円		
(10)		円		円		0 円		
上記のサービスを最大限に利用した場合の1契約あたりの減額総計						0 円 / 最大		
目標とする契約数(医療機関数) ※新規契約医療機関のみ(更新契約は対象外)						20 件		