附件：

新增医疗服务价格项目

申报表

申报项目名称：

申报单位： （盖章）

负 责 人： （签字）

填 表 人： （签字）

申报时间： 年 月 日

联系电话：

湖南省发展和改革委员会

制

湖南省卫生和计划生育委员会

湖南省人力资源和社会保障厅

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | | |  | | | | | 项目类别 | | | |  | | | | |
| 计价单位 | | |  | | | | | 项目编码 | | | |  | | | | |
| 成本计算的主要内容 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |
|  | | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |
| 四 | 人工费用 | | | 操作时间  1 | | 操作人数2 | | 每小时工资  3 | | | | | 每人次摊销金额  1×2×3 | | | |
|  | | |  | |  | |  | | | | |  | | | |
|  | | |  | |  | |  | | | | |  | | | |
|  | | |  | |  | |  | | | | |  | | | |
| 五 | 设备折旧费 | | | 型号 | 年折旧率 | 单位 | | 单价  1 | | | 使用时间2 | | 人均占用时间  3 | | | 每人次  摊销金额  1÷2×3 |
|  | | |  |  |  | |  | | |  | |  | | |  |
|  | | |  |  |  | |  | | |  | |  | | |  |
| 小计 | | |  |  |  | |  | | |  | |  | | |  |
| 六 | 房屋折旧费  (甲) | | | | 房屋造价  (1) | | | 年折旧率(2) | | | 年折旧额  (3) | | 面积分摊比率  (4) | | | 年开展  项目量  (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： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其他需要说明的情况： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗机构负责人意见（签字）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 市州发改委意见（公章）  年 月 日 | | | | | | | | 县发改委意见（公章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 市州卫生计生委意见（公章）  年 月 日 | | | | | | | | 县卫生计生委意见（公章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 市州人力资源社会保障局意见（公章）  年 月 日 | | | | | | | | 县人力资源社会保障局意见（公章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 专家评审意见： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 参评专家名单： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | | 单 位 | | | | | 职 称 | | 联系电话 | | | | | 签 名 | | |
|  | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | |
| 省发改委意见：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 省卫生计生委意见：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 省人力资源社会保障厅意见：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |

填写说明：1．项目类别是指根据我省现行医疗服务价格项目规范，该项目所应归属的类别；  
2．项目编码是指根据根据我省现行医疗服务价格项目规范，该项目所应归属的分类编码；  
3．其他需要说明的情况是指该项目在定价时需要特殊说明的相关事宜；

4．“外省市价格”栏应如实填写该项目的外省市价格情况，并将相关省市价格文件一并附上。