地医第　 ８５４　 号

令和２年１０月２３日

　　各医療機関の長　様

福井県健康福祉部地域医療課長

（　公　印　省　略　）

令和２年度における病床機能再編支援補助金の申請について（照会）

　日ごろから、医療行政にご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

　さて、みだしのことについて、令和２年度の国庫補助対象事業の実施希望がある場合には、申請に必要な書類について下記により回答いただきますようお願いします。

　なお、提出いただきました事業内容については、支給要件等により補助ができない場合もありますので、その際はご了承いただきますようお願いします。

記

１　照会内容　　令和２年度病床機能再編支援補助金の申請について

《対象事業》　**①令和２年度地域医療構想を推進するための病床削減支援給付金支給要領に基づく病床削減支援に対する給付事業**

②令和２年度地域医療構想を推進するための医療機関統合支援給付金支給領に基づく医療機関の統合支援に対する給付事業

③令和２年度地域医療構想を推進するための病院の債務整理に必要な借入資金に対する支援給付金支給要領に基づく病院の債務整理に必要な借入資金に対する利子相当額への給付事業

※②、③については、本県については該当ないものと考えておりますので、主に①についてご検討ください。

　　　　　　　　※事業内容については、別紙の交付要綱および各補助金の交付要領を参考にしてください。

　２　回答方法　　別紙様式に記入の上、１０月３０日（金）までに回答してください（必着）。

　　　　　　　　　※希望する場合は、取り急ぎ意向調査をメールかFAXで送信ください。

　　　　　　　　　※期限までにご回答のない場合は、該当なしと判断させていただきます。

　　　　　　　　　※診療所につきましては、様式について下記担当にお求めください。

担当・問合せ先・回答先

〒910-8580

福井市大手３丁目17-1

地域医療課　医療体制強化グループ　堀

　　電話0776-20-0397　FAX　0776-20-0642

　 メール：y-hori-rn@pref.fukui.lg.jp