別紙13　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※事業活用の希望がない場合は提出不要です

令和８年度病床機能再編支援事業の活用意向調査票

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 担当者 | 所属名 |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

【設問１】　令和８年度病床機能再編支援事業の活用の有無について

１．地域医療構想を推進するための単独支援給付金の活用について

　　□希望しない　　　 　□希望する　（希望する場合は下記をご記入ください）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 再編前の稼働病床数 | 高度急性期 | 急性期 | 回復期 | 慢性期 | 休棟等 | 合計 | 　うち対象３区分（※３）の合計 |
| ①　平成30年度病床機能報告 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| ②　令和2年4月1日時点（※１） | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| ③　再編前病床数＝② （※２） | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| ※１　令和2年4月1日時点で病床数の変化があった場合は、変更前の病床数を記載すること。平成30年度病床機能報告から令和2年4月1日までの間に、病床数の変更がない場合は、①と同じ値を記載すること。 |
| ※２　①平成30年度病床機能報告時または②令和2年4月1日時点の対象３区分合計のいずれか少ない方を記入すること。 |
| ※３　対象３区分＝高度急性期、急性期、慢性期（以下同じ） |
| 2 | 再編後の許可病床数（＝再編後の稼働病床数） | 高度急性期 | 急性期 | 回復期 | 慢性期 | 休棟 | 合計 | 　うち対象３区分の合計 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

２．地域医療構想を推進するための統合支援給付金の活用について

**□希望しない　 　□希望する**

３．地域医療構想を推進するための債務整理支援給付金の活用について

**□希望しない　 　□希望する**

【設問２】　令和９年度以降の病床削減の見込みについて（事業実施未定）

**□削減しない　 　□削減を予定・検討中**

**（削減数：　　　　床　　　削減時期：　令和　 年 　月頃）**