（FAX送付先）　　FAX番号 076-225-1434　　石川県健康福祉部地域医療推進室　内藤　宛

（E-mail送付先）　m-naito@pref.ishikawa.lg.jp

令和７年度病床機能転換事業費補助金の活用意向調査（病院）

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |

病床機能転換事業費補助金の申請希望（該当するものに「✔」をつけてください。）

　**□希望しない　　　 　□希望する**→整備内容について、記載ください

＜整備内容＞

１．活用事業区分

□ 回復期向け病床への転換　 □施設整備（病床の改修等）

□設備整備（リハビリ機器の購入、システム導入等）

□ 他用途への変更　　　 □地域包括ケアシステムの構築に向けた外来や医療・介護サービスの強化

□平均在院日数の短縮に向けた在宅復帰支援の充実

□医療を支える医師等の医療従事者の確保

２．整備内容

整備に必要な金額の内訳が分かる参考書類（見積書やカタログの写し等）も併せてお送りください。

①施設整備

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 整備内容 | 転換病床数 | 金額（税込） | 整備病棟名、定員 |
| 　 |  | 　 | 　 |
| 　 |  | 　 | 　 |
| 計 |  |  |  |

②設備整備

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品　目 | 規格 | 数量 | 単価（税込） | 金額（税込） | 設置場所など |
| 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 |
| 計 |  |  |  |  |  |

③設備整備

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 整備内容 | 削減病床数 | 金額（税込） | 整備目的・効果 |
| 　 |  | 　 | 　 |
| 　 |  | 　 | 　 |
| 計 |  |  |  |

３．病床機能報告上の病床機能の変更内容

**（現　状）　　　　　　　　　　　　　　　　　（変更後）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 病床数 | 診療報酬 |
| 高度急性期 |  | 急性期一般○床 |
| 急性期 |  | 急性期一般○床 |
| 回復期 |  | 地域包括ケア○床回復期リハ○床 |
| 慢性期 |  | 医療療養○床介護療養○床 |
| 休床 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 病床数 | 診療報酬 |
| 高度急性期 |  | 急性期一般○床 |
| 急性期 |  | 急性期一般○床 |
| 回復期 |  | 地域包括ケア○床回復期リハ○床 |
| 慢性期 |  | 医療療養○床介護療養○床 |
| 休床 |  |  |

４．スケジュール

|  |  |
| --- | --- |
| 令和　年　　　月 | 内　　容（工事等の着工日、完了予定日等） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※来年度、補助金の交付決定前に着工された工事等については、補助対象となりません。

　　補助事業により取得したものについては、譲渡、貸付、廃棄に一定の制限がかかります。