

各病院開設者 様  
各病院長

長崎県医療政策課長  
( 公 印 省 略 )

令和 2 年度及び同 3 年度病床機能再編支援補助金に  
係る要望調査について ( 照会 )

このことについて、令和 2 年度及び同 3 年度予算要求の参考としたいので、同補助金の申請を計画している場合には、各支援給付金の支給申請書兼口座振込依頼書、及び支給申請額算定シート等を令和 2 年 1 2 月 1 日 ( 火 ) までに当課あて提出 ( 郵送が間に合わない場合は、先に FAX 又はメール送信 ) していただきますようお願いいたします。

記

1 各支援給付金支給申請書兼口座振込依頼書等の作成にあたっては、各支援給付金支給要領 ( 案 ) 等を参考としてください。  
また、該当年度毎に、各支援給付金支給申請書兼口座振込依頼書等を作成し提出して  
ください。

2 詳しい補助の内容については、同補助金交付要綱 ( 案 ) 等をご参照ください。  
また、各支援給付金支給申請書兼口座振込依頼書・支給申請額算定シート・交付要綱 ( 案 ) 等は、長崎県ホームページ  
( <https://www.pref.nagasaki.jp/bunrui/hukushi-hoken/iryo/hojokin/> )  
に掲載しております。

病床機能再編支援補助金

- |    |                                     |
|----|-------------------------------------|
| ア) | 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事業         |
| イ) | 同上 医療機関統合支援給付金支給事業                  |
| ウ) | 同上 病院の債務整理に必要な借入資金に対する<br>支援給付金支給事業 |

・同補助金交付要綱 ( 案 )、及び各支援給付金支給要領 ( 案 ) 等は、今後変更される可能性があります。

・各支援給付金支給申請書兼口座振込依頼書等を提出していただいても、支給要件等に合致しない場合や支給要領 ( 案 ) の修正などにより支給できない場合がありますので、その際はご了承願います。

提出・連絡先 〒850-8570 長崎市尾上町 3 - 1  
長崎県 医療政策課 地域医療班 上田  
TEL 095-895-2461 FAX 095-895-2573  
E-mail: ueda-hayato@pref.nagasaki.lg.jp