別 紙／病床転換用　　　　　　　　　※添書は不要です。本書のみ電子メールまたはＦＡＸで送信願います。

宮城県保健福祉部医療政策課地域医療第二班　佐藤　宛て

（電子ﾒｰﾙ）tiikii2@pref.miyagi.lg.jp　（ＦＡＸ）022-211-2694

＜回答期限：令和５年１０月１０日（火）＞

病床機能分化・連携推進基盤整備事業に係る意向調査表

|  |  |
| --- | --- |
| 回　答　日 | 令和５年　　　月　　　日 |
| 医療機関名 |  |
| 担当連絡先 | 部署名 |  |
| 役職名 |  |
| 氏　名 |  |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| 電子ﾒｰﾙ |  |

◆当該補助事業による病床数

急性期病床　　削減数　　　床　　⇒　整備後の急性期病床全数　　　　床

回復期病床　　転換数　　　床　　⇒　整備後の回復期病床全数　　　　床

〇病床転換に係る事業

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業区分 | 実施予定年度 | 事業内容（主な整備内容） | 総事業費（見込額）［単位：千円］ | 備考 |
| 令和６ | 令和７ | 令和８ |
| ①急性期病床から回復期への転換整備 |  |  |  |  |  |  |
| ②医学的リハビリテーション施設の整備 |  |  |  |  |  |  |
| ③医療器具等の購入 |  |  |  |  |  |  |

※　「実施予定年度」欄については、該当する年度に○印を記入してください。

※　２ヵ年度以上に事業がまたがる場合は、「備考」欄に想定している進捗率を記入してください。

※　「事業内容」欄については、主な整備内容を記入してください。

〇整備予定の施設・設備に対する過年度補助金交付の状況

補助金の有無　　　有　　　・　　　無　　　（有無いずれかに〇印をつけてください。）

↓

「有」の場合は下記について記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施年度 | 年度 | 補助金名 |  |

※　上記で不足する場合は、別紙任意様式により御回答願います。