別 紙／事業縮小用　　　　　　　　　　　　　　※添書は不要です。本書のみ電子メールで送信願います。

宮城県保健福祉部医療政策課企画推進班　青島　宛て

（電子メール）iryoseisk@pref.miyagi.lg.jp

＜回答期限：令和６年１０月４日（金）＞

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６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

〇病院の事業縮小に係る事業

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業区分 | 実施予定年度 | 事業内容 | 総事業費（見込額）［単位：千円］ | 備考 |
| 令和７ | 令和８ |
| ①病室以外の他の用途への変更 |  |  |  |  |  |
| ②特別損失 |  |  |  |  |  |
| ③退職金の割増相当額 |  |  | 対象者数：　　　　　人 |  |  |

* 「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。
* 「①病院以外の他の用途への変更」の「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。また、２か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。
* 「②特別損失」の「事業内容」欄については、損失の内容（固定資産除却損・棄却損・売却損）を記入してください。
* 「③退職金の割増相当額」の「事業内容」欄については、対象者数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。