**病床規模適正化事業費補助金活用意向調査票**

別添

（提出期限：令和７年６月６日(金)）

年　 月 　日

**１　医療機関の名称等**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 構想区域名 |  |

**２　現在の病床数：　　　　床　　　　　　３　補助事業活用後の病床数：　　　床**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 病床種別 | 医療機能別病床数（R6病床機能報告） |  | 病床種別 | 医療機能別病床数 |
| 一般 | 床 | 高度急性期 | 床 | 一般 | 床 | 高度急性期 | 床 |
| 急性期 | 床 | 急性期 | 床 |
| 回復期 | 床 | 回復期 | 床 |
| 療養 | 床 | 慢性期 | 床 | 療養 | 床 | 慢性期 | 床 |
| 休棟等 | 床 | 休棟等 | 床 |
| (うち非稼働) | 床 | (うち非稼働) | 床 |

**４　整備時期等**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 施設整備(改修工事費等) | 設備整備(備品等) |
| 整備時期 | 　年　月頃から　年　月頃予定 | 　年　月頃から　年　月頃予定 |
| 総事業費 | 　　　　　　千円　・　未定 | 　　　　　　千円　・　未定 |
| 整備の概要 | (整備後の用途) | (整備する備品) |
| 備考 |  |  |

(連絡先)

|  |  |
| --- | --- |
| 所属・担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |