**FAX：052-953-6367（愛知県保健医療局医療計画課医療計画G）**

別添

**病床機能再編支援交付金活用意向調査票**

（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 |  |

**２　削減前の病床数：　　床　　　　　　　　　３　削減後の病床数：　　床**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 病床数 | 医療機能別病床数**（稼働病床数）** |  | 病床数 | 医療機能別病床数**（許可病床数）** |
| 　　 | H30.7.1時点 | R2.4.1時点 |
| 床 | 高度急性期 | 床 | 床 | 床 | 高度急性期 | 床 |
| 急性期 | 床 | 床 | 急性期 | 床 |
| 回復期 | 床 | 床 | 回復期 | 床 |
| 慢性期 | 床 | 床 | 慢性期 | 床 |
| 休棟等 | 床 | 床 | 休棟等 | 床 |
| (うち非稼働) | 床 | 床 | (うち非稼働) | 床 |

**４　病床削減の時期**

|  |
| --- |
| 病床削減予定年月 |
| 年　月 |

(連絡先)

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

（注意事項）

※令和７年度及び令和８年度に本交付金の活用意向がある場合には、本調査票を必ず提出してください。本調査票の提出がなかった場合、令和７年度及び令和８年度の交付は受けられません。