

医 第 791 号
令和5年6月16日

各医療機関管理者 様

千葉県健康福祉部医療整備課長
(公印省略)

令和6年度病床機能再編支援事業に関する意向調査について（依頼）

本県の医療行政の推進については、日ごろから多大なる御理解と御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、令和2年度から地域医療構想の実現を図る観点から、医療機関の病床削減や再編統合に対し給付金を支給することにより、同事業の実現に向けた取り組みを一層推進することを目的とし、標記事業を行っております。

つきましては、本事業へ申請の意向がある場合は、下記により関係資料の提出をお願いいたします。

後日、提出いただいた医療機関に対し、詳細な事業内容等をお伺いいたします。

なお、申請の意向がない場合は提出いただく必要はありません。

記

- 1 提出書類
算定シート
※事業の概要については、別添の国要領『地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業』を御覧ください。
- 2 提出期限
令和5年6月30日（金）
- 3 提出先及び提出方法
医療整備課医療指導班へ電子メールによる提出
- 4 提出先電子メールアドレス
iryou-b@mz.pref.chiba.lg.jp
※件名は『令和6年度病床機能再編支援事業意向調査票【〇〇】』としてください。
(〇〇には施設名を記載してください。)
また、本文には御担当者名と連絡先の電話番号を記載してください。

【問合せ先】
千葉県権能福祉部医療整備課
医療指導班 木下・福井
043-223-3884