

令和9年度「産科医等確保（分娩手当）支援事業」調査票

医療機関名	
所在地	
担当者氏名	
電話番号	
メールアドレス	

《事業の実施計画》

(1) 一般的な分娩費用 ※55万円未満であることが補助要件です	円
(2) <u>分娩手当の対象となる分娩取扱見込件数</u> (R9.4.1~R10.3.31)	件
(3) 年間手当支給見込額 (貴施設から医師・助産師への分娩手当支給総額)	円

※手当の支給対象が帝王切開のみで、通常分娩を含まない場合、(2)には帝王切開の見込件数を記入してください。

《確認事項》

・市町村等から同様の補助金を受けているか (分娩手当を支給している医療機関への補助金)	受けている ・ 受けていない
------------------------------------------------	----------------

照会先
千葉県健康福祉部医療整備課
医師確保・地域医療推進室 立山
Mail : d-chibank@mz.pref.chiba.lg.jp
Tel : 043-223-3902 Fax : 043-221-7379