

医 第 1 4 6 0 号
令和 8 年 1 0 月 1 日

各医療機関の管理者 様

千葉県健康福祉部医療整備課長
(公 印 省 略)

令和 9 年度千葉県病床転換助成事業補助金の活用に係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、日頃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、「千葉県病床転換助成事業補助金」の令和 9 年度の活用見込みを把握したいので、お忙しいところ恐縮ですが、下記のとおり調査票の提出をお願いいたします。

なお、申請の意向がない場合は御回答いただく必要はありません。

記

1 提出書類

(1) 調査票 1

※事業の概要については、国要綱「病床転換助成事業実施要綱」及び「病床転換助成事業の概要」を御確認ください。

2 提出期限・提出先

- ① 提出期限 令和 8 年 1 0 月 1 6 日 (金)【期限厳守】
- ② 提 出 先 医療整備課地域医療構想推進室
- ③ 提出方法 メールでの提出 (アドレス : chihuku@mz.pref.chiba.lg.jp)
※ 件名は「【〇〇】令和 9 年度病床転換助成事業調査票」としてください
(〇〇には施設名を記載してください)。

3 注意事項

- ・ 令和 8 年 4 月に事業期間の延長のほか、対象病床の拡大と補助単価の見直しが行われました。

※詳細は「病床転換助成事業の概要」等を御確認ください。

今後、国の要綱改正に伴い県の要綱改正を行う予定のため、事業内容に変更が生じる可能性があることを御承知おき願います。

- ・ 介護医療院への転換に当たっては、事前に県(高齢者福祉課)や市町村(高齢者福祉所管課)との協議が必要です。
- ・ 本調査で活用を希望された場合であっても、当該制度は補助事業であるため、県の予算措置や国の予算の状況によっては、御希望に添えない場合がありますので御承知おきください。

- ・ 補助金の活用を希望する場合、今後、追加資料の提出を求める場合があります。
- ・ 補助金を活用する場合、県からの内示後に工事契約を締結していただきます。内示前に契約を締結した場合、補助金の交付ができなくなります。

また、契約にあたっては、一般競争入札に付するなど県が行う契約手続きの取扱いに準拠しなければなりません。

- ・ 調査票の提出後に、提出された内容に変更が生じた場合は、速やかに御連絡ください。
- ・ 提出期限までに調査票の提出を行わなかった場合、補助金の活用はできません。

【問い合わせ先】

千葉県健康福祉部 医療整備課
地域医療構想推進室 中村

TEL : 043-223-2608

Mail: chihuku@mz.pref.chiba.lg.jp