**病床規模適正化事業の御案内**

**病床規模適正化事業費補助金について**

〇　愛知県では、病床規模の適正化に伴い不要となる病棟・病室等を他の用途へ変更（機能転換を除く）するために必要となる施設及び設備を整備する費用に対して助成を行っております。

〇　補助金の交付申請手続き前に「病床規模適正化事業計画書」を御提出いただき、**地域医療構想推進委員会で計画内容が適当とされた場合に、補助金の交付申請を受け付ける**こととしています。

＜令和４年度地域医療構想推進委員会の開催予定時期＞

第1回…令和４年８～９月頃予定　　　第2回…令和５年２～３月頃予定

※ただし、新型コロナウイルス感染症の流行状況により、開催時期が変更となる場合があります。

［補助対象者］医療機関の開設者等

［補助率］１／２

［基準額］〇施設整備（改修）　1,871千円／床

〇設備整備 　　 500千円／床

［対象経費］病床規模の適正化に伴い不要となる病棟・病室等を他の用途へ変更（機能転換を除く）するために必要となる以下の経費（※）

　　　　　　　　〇施設整備…施設の改修に要する工事費等

〇設備整備…備品の購入に要する費用

　※１品につき３０千円を下限額とする。

※　他の病床転換（回復期病床、介護施設）の補助金の対象となる事業は補助対象になりません。

［補助条件］**地域医療構想推進委員会で適当である旨の意見が付された場合に補助金を交付する。**

**申請等の手続きについて**

病床規模適正化事業計画書の提出や補助金の申請等、必要な手続きについて御案内させていただきますので、事業内容が決定した段階で、下記の問い合わせ先まで御連絡ください。

なお、第１回地域医療構想推進委員会での意見聴取をお考えの場合は、**令和４年５月１１日（水）から６月１日（水）**の期間に病床規模適正化事業計画書を提出してください。（第2回地域医療構想推進委員会での意見聴取分の計画書の申請期間につきましては、後日改めて御案内いたします。）

**お問い合わせ先**

愛知県保健医療局健康医務部医療計画課　医療計画グループ

　　電話　052-954-6265（ダイヤルイン）

資料８－１

補助金の手続き等フローについて

**主な手続き等の流れについて**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | | | | 愛知県 | | |
|  |  | |  |  |  |  |
|  | 計画書提出  （第１回地域医療構想推進委員会での意見  聴取分）  提出期間：令和４年５月１１日（水）から６月１日（水）（必着） | |  | 意見聴取 | 地域医療構想推進員会で意見聴取  （令和４年８～９月頃予定、計画者にご出席いただきます。）  　※ただし、新型コロナウイルス感染症の流行状況により、開催時期が変更となる場合があります。 |  |
|  |  | | | 意見聴取  結果通知 |  |
|  |  | | |  |  |  |
|  | 事業着手前 |  | |  |  |  |
|  | （地域医療構想推進委員会に  おいて**計画が適当である旨の**  **意見が付された場合**）  補助金交付申請 | 提出 | |  | 受付・審査 |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  | **（交付決定通知書の受領後）**  事業着手 |  | | 交付 | 交付決定通知書 交付 |  |
|  |  | |  |  |  |
| 事業実施（**年度内に完了等する必要があります**） | 原則事業完了後30日以内 |  | |  |  |  |
|  | 実績報告書 | 提出 | |  | 受付・審査 |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  | 額の確定通知書 受領 |  | | 交付 | 額の確定通知書 交付 |  |
|  |  |  | |  | 令和５年5月下旬予定 |  |
|  | 入金 |  | | 入金 | 補助金支払 |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  | ■病床の廃止が確認できる届出等の写しを提出 | | |  |  |  |
|  |  |  |  |

　注）　交付決定通知書の交付前に着手した場合は、**補助を受けられません**。