（FAX送付先）　　FAX番号 0776-20-0642　　福井県健康福祉部地地域医療課　堀　宛

（E-mail送付先）　y-hori-rn@pref.fukui.lg.jp

令和2年度病床削減支援給付金等の活用意向調査

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 担当者 | 所属名 |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

【設問１】　令和2年度病床削減支援給付金等の活用の有無について

１．地域医療構想を推進するための病床削減支援給付金の申請を

　　□希望しない　　　 　□希望する　→様式１の提出をお願いします。

２．地域医療構想を推進するための医療機関統合支援給付金の申請を

**□希望しない　 　□希望する**→様式２の提出をお願いします。

３．地域医療構想を推進するための医療機関統合支援給付金の申請を

**□希望しない　 　□希望する**　→様式３の提出をお願いします。

【設問２】　令和３年度以降の病床削減の見込みについて（事業実施未定）

**□削減しない　 　□削減を予定・検討中**

**（削減数：　　　　床　　　削減時期：　令和　 年 　月頃）**