

調査要領

群馬県健康福祉部医務課

1 事業の概要

(1) 単独支援給付金支給事業

地域医療構想に即した病床機能再編を実施する場合、減少する病床数に応じた給付金を支給

(2) 統合支援給付金支給事業

複数の医療機関が、地域医療構想に即した病床機能再編を実施し統合する場合、当該統合に参加する医療機関に対し減少する病床数に応じた給付金を支給

(3) 債務整理支援給付金支給事業

上記(2)の統廃合で、廃止となる医療機関の未返済の債務を統合後に存続する医療機関が新たに融資を受けて返済する場合、当該融資に係る利子の全部又は一部に相当する額に係る給付金を支給

2 回答様式

「活用希望調査票」

※ 県HP (<https://www.pref.gunma.jp/site/hojokin/624528.html>) から該当する様式をダウンロードしてください。

※ 当該ページを検索する場合は、検索エンジンに「群馬県 令和6年度病床機能再編支援事業」と入力し検索してください。

3 回答方法

令和6年3月1日(金)までに県医務課あて回答様式をメール送付

※ メール送付先: imuka@pref.gunma.lg.jp

4 留意事項

- 各事業の要件等は、別添「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」を御参照ください。
- 本調査は、活用希望を調査するものであり、活用希望があることの回答をもって、給付金の支給が決定されるものではありません。
- 当該事業の支給決定に当たり、実施予定の病床機能再編に係る計画に対し、地域医療構想調整会議の議論の内容及び県医療審議会の意見を踏まえ、県知事が地域医療構想の実現に向けて必要な取組であると認めたものである必要があります。このため、支給申請以外に、地域医療構想調整会議等で必要な資料の作成や地域医療構想調整会議等への出席などをお願いすることがありますので、御了承ください。なお、地域医療構想調整会議及び県医療審議会における協議は、関係書類を提出いただいた後、関係者と調整の上、実施します。
- 「1 事業の概要」(2)及び(3)の事業の実施については検討中であるため、事業が変更又は中止となる場合がありますので、御了承ください。
- 過去の活用希望調査において、複数年度に跨がって活用希望がある旨回答いただいた場合は、本調査により改めて回答いただく必要はありません。別途支給申請に関する依頼を実施するため、その際に必要書類の提出をお願いします。

事務担当：医療計画係

電話：027-226-2535

E-mail：imuka@pref.gunma.lg.jp