

各医療機関 管理者 様

千葉県健康福祉部医療整備課長  
(公印省略)

病床数適正化支援事業に係る事業計画（活用意向調査）について（依頼）

本県の医療行政の推進については、日ごろ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。

先般、「令和6年度医療施設等経営強化緊急支援事業の実施について」（令和7年2月12日医政発 0212 第5号）（以下「国通知」という。）が厚生労働省から示され、本県でも経営状況が厳しい医療機関に対して入院医療を継続してもらうことを目的として、病床数適正化支援事業（以下「本事業」という。）を実施することといたしました。

つきましては、事業の活用見込みを把握するための調査を実施いたしますので、本事業への申請の意向がある場合は、下記により関係資料の提出をお願いいたします。（なお、本事業は国の予算の範囲内での実施となりますので、御提出いただいた事業計画に記載の申請額の全額、または一部を支給できない場合があります。）

※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) 別添「病床数適正化支援事業 事業計画 様式」

※事業の概要については別添の国通知及び国資料「別添1（事業概要等）」を御確認ください。

### 2 提出期限・提出先

(1) 提出期限 令和7年3月14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](mailto:chihuku@mz.pref.chiba.lg.jp)）

※ 件名は「病床数適正化支援事業調査票【〇〇】」としてください（〇〇には施設名を記載してください）。本文中に御担当者名と連絡先の電話番号を記載してください。

※ 上記の提出先は一般・療養病床に係る提出先です。精神病床に係る調査票の提出・問合せは障害者福祉推進課精神保健福祉推進班（043-223-2680）へ御連絡ください。

### 3 注意事項

- ・提出期限までに事業計画の提出がない場合は本事業の支給対象外となります。
- ・病床削減の結果、無床診療所となる場合は本事業の支給対象外となります。

※その他、別紙「事業計画提出にあたっての注意事項」をよく御確認の上、御提出をお願いします。

#### 【問合せ先】

千葉県健康福祉部医療整備課  
地域医療構想推進室  
043-223-2608