

各医療機関管理者 殿

茨城県保健医療部医療局医療政策課長

令和6年度病床機能転換等促進事業について(通知)

平素より本県の保健医療行政の円滑な運営に御尽力いただき、厚くお礼申し上げます。

さて、県では地域医療構想における2025年の病床数の必要量のうち、不足が見込まれる病床機能を確保することを目的に、地域医療介護総合確保基金を活用した「令和6年度病床機能転換等促進事業」を実施することとしております。

つきましては、本事業の活用を希望される場合には、下記に御留意の上、交付申請書を提出願います。

記

1 提出書類

- (1) 補助金交付申請書(様式第1号)
- (2) 経費所要額調(別紙1)
- (3) 事業計画書(別紙2)
- (4) その他添付書類

※様式等は、茨城県医療政策課のホームページに掲載してあります。

[https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/iryo/keikaku/koso/kaihukukibyosyo\\_seibizigyo.html](https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/iryo/keikaku/koso/kaihukukibyosyo_seibizigyo.html)

2 提出部数 1部

- 3 提出期限 令和6年(2024年)11月29日(金)午後5時(期間厳守)  
※提出期限までは随時受付しています。

- 4 提出先 〒310-8555 水戸市笠原町978番6  
茨城県保健医療部医療局医療政策課医療計画グループ

5 留意事項

- (1) 予算枠があり、要望額が予算を超えた場合は、事業が採択されないことがあります。
- (2) 補助事業は、交付決定後に事業着手(契約等)していただきます。
- (3) 事業年度が2カ年度以上にわたり継続する場合は、当該年度の出来高に応じて交付することになります。
- (4) 事業実施に当たっては、関係法令、補助金交付要項等を遵守してください。
- (5) 本事業は、「令和6年度病床機能再編支援給付金」とは別事業となります。転換及び病床削減の際は併せて御検討いただけますと幸いです。
- (6) 本事業を活用する場合、事前に地域医療構想調整会議において事業内容について合意を得る必要がありますので、管轄の保健所にも併せて御相談をお願いします。

【問合せ先】

茨城県保健医療部医療局医療政策課  
医療計画グループ 関根  
TEL 029-301-3124 FAX 029-301-3199  
E-mail iryo4@pref.ibaraki.lg.jp