様式第１号

 　　 　番　　　　　　　号

 　 年 月 日

島根県知事　 様

 　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者名

令和　　年度島根県病床数適正化支援事業費給付金交付申請書

このことについて、次のとおり関係書類を添えて申請します。

記

１　申請額

　　　　金　　　　　　　　　円

２　添付書類

 (1)　島根県病床数適正化支援事業費給付金口座振込依頼書兼誓約書（様式第１－２号）

(2)　事業計画書（様式第１－３号）

　(3)　削減する病床が、令和６年４月１日以降、当該病床を削減するまでの間、休床若しくは非稼働状態が継続していることが分かる書類（様式任意）（※１）

(4)　歳入歳出予算書の抄本

(5)　過年度に申請した地域医療介護総合確保基金における病床機能再編支援事業（単独支援給付金支給事業）支給申請書兼口座振込依頼書の写し（※２）

　※１　当該期間の病床稼働率や厚生局に対する休床の届出など、休床若しくは非稼働状態であることが客観的に判断できる資料等を提出すること

　※２　当該給付金の支給を受けている場合のみ提出すること