

統合支援給付金支給申請書兼口座振込依頼書

都道府県知事 殿

統合支援給付金の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

また、下記7の「支給申請に関する誓約事項」について誓約します。

1. 申請者の情報

フリガナ		申請年月日	年	月	日
代表医療機関 の名称		住所・所在地	〒 -		
フリガナ					
開設者 (代表者の職・氏名も記載)		事務担当者	氏名		
			電話番号		
			ファクシミリ		
			電子メール		

2. 統合関係病院等の情報

(1) 統合関係医療機関の情報 (各医療機関の支給申請額算定シートから転記)

番号	代表	医療機関の名称	開設者氏名	代表病院の住所・所在地			
I	○	同上	同上	同上			
構想区域	統合後の状況	平成30年度病床機能報告における稼働病床数					
	0	総病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等
		0	0	0	0	0	0
番号		医療機関の名称	開設者氏名	統合関係医療機関の住所・所在地			
II							
構想区域	統合後の状況	平成30年度病床機能報告における稼働病床数					
		総病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等
		0	0	0	0	0	0
番号		医療機関の名称	開設者氏名	統合関係医療機関の住所・所在地			
III							
構想区域	統合後の状況	平成30年度病床機能報告における稼働病床数					
		総病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等
		0	0	0	0	0	0
番号		医療機関の名称	開設者氏名	統合関係医療機関の住所・所在地			
IV							
構想区域	統合後の状況	平成30年度病床機能報告における稼働病床数					
		総病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等
		0	0	0	0	0	0
番号		医療機関の名称	開設者氏名	統合関係医療機関の住所・所在地			
V							
構想区域	統合後の状況	平成30年度病床機能報告における稼働病床数					
		総病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等
		0	0	0	0	0	0
番号		医療機関の名称	開設者氏名	統合関係医療機関の住所・所在地			
VI							
構想区域	統合後の状況	平成30年度病床機能報告における稼働病床数					
		総病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等
		0	0	0	0	0	0

番号		医療機関の名称	開設者氏名		統合関係医療機関の住所・所在地		
VII							
構想区域	統合後の状況	平成30年度病床機能報告における稼働病床数					
		総病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等
		0	0	0	0	0	0

番号		医療機関の名称	開設者氏名		統合関係医療機関の住所・所在地		
VIII							
構想区域	統合後の状況	平成30年度病床機能報告における稼働病床数					
		総病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等
		0	0	0	0	0	0

番号		医療機関の名称	開設者氏名		統合関係医療機関の住所・所在地		
IX							
構想区域	統合後の状況	平成30年度病床機能報告における稼働病床数					
		総病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等
		0	0	0	0	0	0

番号		医療機関の名称	開設者氏名		統合関係医療機関の住所・所在地		
X							
構想区域	統合後の状況	平成30年度病床機能報告における稼働病床数					
		総病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等
		0	0	0	0	0	0

(2) 統合完了予定日

年	月	日
---	---	---

(3) 重点支援区域における統合計画（ブルダウんで選択）

該当
----

※ 重点支援区域申請において「再編統合（機能連携等を含む）の対象となる医療機関」として位置付けた医療機関がすべて含まれている統合計画である場合は「該当」、そうでない場合は「非該当」を選択すること。

3. 支給申請額（総括表から転記）

支給申請額（千円）	—
-----------	---

4. 統合計画に係る地域医療構想調整会議の議論の状況

構想区域名	
議論の状況 (ブルダウン)	
開催日 (実施予定の場合は予定日)	年 月 日

※ 2つ以上の構想区域で合意を得た場合は、表を追加の上記入すること。  
(追加する場合は、上記表の右側に追加すること。)

5. 統合計画に係る都道府県医療審議への意見聴取の状況

意見聴取の状況 (ブルダウン)	
開催日 (実施予定の場合は予定日)	年 月 日

※ 2つ以上の都道府県医療審議会の意見を聴取した場合は、表を追加の上記入すること。  
(追加する場合は、上記表の右側に追加すること。)

6. 給付金の振込口座

金融機関名		金融機関 コード		支店名		支店 コード	
口座番号 (右詰め)		預金種別		フリガナ		口座名義人	

※ 代表病院の振込口座を記入すること。

※ ゆうちょ銀行の場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号（7桁）」（通帳見開き下部に記載）を記入すること。

## 7. 支給申請に関する誓約事項

- (1) 本申請に係る統合計画について、全ての統合関係医療機関が合意しています。
- (2) 本給付金に関する報告や調査について、厚生労働省又は都道府県から求められた場合には、全ての統合関係医療機関において、これに応じます。
- (3) 本給付金の給付後、以下の①から③に該当した場合は、本給付金の全額又は一部を返還します。
  - ① 統合計画に記載の内容について達成が見込めなくなった場合
  - ② 統合関係医療機関が、給付金の支給を受けた日から令和8年3月31日までの間に対象3区分の許可病床数を増加させた場合（ただし、特定の疾患に罹患する者が多くなる等の事情により、厚生労働大臣及び都道府県知事が特に認める場合に許可病床数を増加させる場合はこの限りではない。）
  - ③ 申請内容を偽り、その他不正の手段により本給付金の支給を受けたことが判明した場合