**「大阪府病床転換等促進事業補助金」について**

【 申　込　者 】

|  |  |
| --- | --- |
| （開設者） |  |
| 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| （病院名） |  |
| 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| （担当者） |  |
| 部　署 |  |
| 氏　名 |  |
| 電　話 |  |
| メールアドレス |  |

**１．病床転換**

【 病 床 転 換 計 画 】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （転換前） |  |  | （転換後） |  |
| 入院料種別 | 病床数 |  | 入院料種別 | 病床数 |
| 急性期一般 | 床 |  | 地域包括ケア | 床 |
|  |
| 地域一般 | 床 |  | 緩和ケア | 床 |
|  |
| 療　養 | 床 |  | 回復期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ | 床 |
|  |
|  | 地域包括医療 | 床 |
|  |

（事業内容）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業予定内容 | 新築　　　増改築　　　改修（具体的に　　　　　　　　　　　　　　）  事業費　　　　　　千円（予定額を記入できる場合はご記入ください） |
| 予定工期 | 着工：令和　　　年　　　月　～　竣工：令和　　　年　　　月 |
| 転換予定時期 | 令和　　　年　　　月（近畿厚生局への届出予定） |

**病床転換を実施予定の場合は、以上で終了です。**

**現給保障を実施予定の場合は次ページをご記入ください。**

**２．現給保障**

（再編計画の概要）

（現給保障内容）

|  |  |
| --- | --- |
| 保障予定内容 | 対象職員数　　　　　　人  保障対象給与の種類（基本給、○○手当等）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  保障総額　　　　　　　円 |
| 保障期間 | 令和　　　年　　　月　～　令和　　　年　　　月 |