（FAX送付先）　　FAX番号 076-225-1434　　石川県健康福祉部地域医療推進室　内藤　宛

（E-mail送付先）　m-naito@pref.ishikawa.lg.jp

令和７年度単独支援給付金等の活用意向調査

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 担当者 | 所属名 |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

【設問１】　単独支援給付金等の活用の有無について

１．単独支援給付金支給事業（旧：病床削減支援給付金）の申請を

　**□希望しない　　　 　□希望する**→様式１の提出をお願いします。

２．統合支援給付金（旧：医療機関統合支援給付金）の申請を

　**□希望しない　　　 　□希望する**→様式２の提出をお願いします。

３．債務整理支援給付金（旧：借入資金給付金）の申請を

　**□希望しない　　　 　□希望する**→様式３の提出をお願いします。