

8 医 第 9 0 2 号  
令和 8 年 9 月 2 日

府内各病院・有床診療所の管理者 様

京都府健康福祉部医療課長

## 病床数適正化緊急支援事業の第 2 回及び第 3 回申請受付について

平素は、京都府の健康福祉行政の推進に格別の御協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、令和 8 年度（令和 7 年度からの繰越分）病床数適正化緊急支援事業について、別添のとおり厚生労働省から第 2 回及び第 3 回の申請受付スケジュールの通知がありましたのでお知らせします。

つきましては、本事業の活用を希望する医療機関におかれましては、下記 1 により申請いただきますようお願いいたします。

### 記

#### 1 病床数適正化緊急支援事業の申請について

##### （1）申請対象医療機関

病床数適正化緊急支援事業による給付金支給を受けようとする医療機関

##### （2）提出様式

###### ア 国申請様式

- ・別添様式 1 医療機関の基本的情報（医療機関→都道府県）
- ・別添様式 2 病棟別病床の運用状況（医療機関→都道府県）
- ・口座振込申出書

###### イ 京都府独自様式

- ・削減予定病床の状況調査表（京都府独自様式）【様式 A】

※ 申請は下記の厚労省の申請サイトから行ってください。  
（様式 A も含めてアップロードをしてください）

[https://en.surece.co.jp/byoushou\\_sien26/](https://en.surece.co.jp/byoushou_sien26/)

(3) 提出期限

ア 第2回提出期限

令和8年9月30日(水)まで

イ 第3回提出期限

令和8年11月30日(月)まで

※ 第3回の申請を予定している医療機関であって、様式B(活用意向調査表)を提出していない医療機関については、9月30日までに下記のアドレスに同調査表の提出をお願いします。

2 その他

提出いただいた回答内容及び申請内容は、京都府医療審議会や地域医療構想調整会議等において公表する場合がありますので、予めご了承ください。

|      |                         |
|------|-------------------------|
| 担 当  | 医療課 医務・看護係              |
| 電 話  | 0 7 5 - 4 1 4 - 4 6 5 2 |
| メー ル | iryo@pref.kyoto.lg.jp   |