　　　　　年　　　月　　　日

（都道府県知事）

　　　　　　　　　　　　様

（開設者）

住所

氏名又は名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

独立行政法人福祉医療機構　病院・有床診療所融資に関する証明願

独立行政法人福祉医療機構より融資を受けるにあたり、下記のとおりであることを証明願います。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院又は有床診療所 | | | | 管理者 | |
| 名称 |  | | | 氏名 |  |
| 開設地 |  | | | | |
| 証明事項 |  | ① | 医療施設等経営強化緊急支援事業実施要綱（令和7年2月12日医政発0212第5号）による病床数適正化支援事業について、事業計画（活用意向調査）の提出をしたもの | | |
|  | ② | 地域医療構想調整会議において合意を得て、地域のニーズを踏まえた再編・減床を行うもの（令和6年度以降の地域医療構想調整会議で合意を得ているものに限る） | | |
| 備考 |  | | | | |

（注）1.証明願は都道府県知事あて２部提出してください。ただし、都道府県によっては、知事が委任した者（保健所長等）が証明する場合があるので、あらかじめ都道府県医務主管課に問い合わせてください。

2.都道府県において1部を申請書として保管し、都道府県知事による証明がされた証明願（1部）を機構あて提出してください。

3.証明事項のうち、①は病院又は有床診療所から無床診療所に転換するものは対象外です。

4.証明事項のうち、②は令和6年度以降に合意を得たものであれば、病院又は有床診療所から無床診療所等に転換するものも対象となります。

上記のとおり相違ないことを証明する。

（証明日）

　　　　　年　　　月　　　日

（証明者）