

8 医 保 第 593 号
令和 8 年 9 月 15 日

各特別養護老人ホーム管理者 様
各指定短期入所生活介護事業所管理者 様
各指定障害者支援施設管理者 様
療養介護を行う各事業所管理者 様

京都府健康福祉部医療保険政策課長

施設及び配置医師の状況について（照会）

平素は、京都府の健康福祉行政に御協力いただき、厚くお礼申し上げます。

さて、会計検査院から医療費に係る会計実地検査を実施するにあたり、上記の状況について資料の提出依頼がありました。

つきましては、御多用のところ恐れ入りますが、下記により御回答いただきますようお願いします。

記

- 1 提出資料 別紙様式
- 2 提出先 京都府健康福祉部医療保険政策課（iryohoken@pref.kyoto.lg.jp）
- 3 提出方法 電子メールに別紙様式のファイルを添付
※「WAM N E T 京都府センター」に別紙様式のファイルを掲載しています。
- 4 提出期限 令和 8 年 9 月 25 日（金）

以上

担当	京都府健康福祉部 医療保険政策課
電話	075-414-4614
F A X	075-414-4747
E-mail	iryohoken@pref.kyoto.lg.jp

[記入上の注意]

1 施設の種別欄

- ・ 次のいずれかに該当するものを記入して下さい。
特別養護老人ホーム、指定短期入所生活介護事業所、指定障害者支援施設、療養介護を行う事業所

2 施設の状況

- ・ 併設医療機関については、上記施設と同一の敷地内にある医療機関、又は公道等をはさんで隣接している医療機関の名称、所在地を記入してください。

3 配置医師の状況

- ・ 現時点で契約している医師の状況について記入してください。
- ・ 契約医師が複数いる場合は、すべての医師について記入してください。
- ・ 記入欄が不足した場合は、様式を複写して記入し、提出してください。