

福岡医発第 529 号 (地)
令和 6 年 5 月 13 日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

福岡県食事療養提供体制確保事業支援金の申請について

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、標記支援金については、令和 6 年 4 月 4 日開催の「第 2 回各医師会感染症担当理事者会」においてご説明いたしました。

今般、福岡県保健医療介護部より、食材費の高騰による医療機関の負担を軽減し、令和 6 年 4 月 1 日から診療報酬改定までの間における、食材療養費の見直し相当額を支援することを目的として、標記支援を給付する旨、連絡がありました。

同支援金の対象は病院と有床診療所のうち、保健医療機関の指定を受けた施設を開設又は管理する者とされ、給付額は許可病床数あたり、3,200 円とされております。

申請方法の詳細については、別添をご参照ください。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、申請期限が令和 6 年 7 月 31 日 (水) 必着となっておりますので、会員医療機関において確実に申請されますよう、周知方につきご高配の程よろしくお願い申し上げます。

なお、対象医療機関に対しては、直接、県行政より通知されておりますことを申し添えます。

記

【福岡県ホームページ】

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp//contents/iryo-syokujiryouyouteikyoutaisei-shien.html>

【福岡県医師会ホームページ】

https://www.fukuoka.med.or.jp/doctors/kansenshou/kanren_joho/covid-19/_10967/_11859.html

公印省略

6 医指第 3 9 9 号

令和 6 年 5 月 1 0 日

公益社団法人福岡県医師会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(医療指導課)

福岡県食事療養提供体制確保事業支援金の申請について

平素から、本県の保健医療介護行政の推進につきましては、格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、県では、食材料費高騰の影響による食事療養提供体制の負担軽減を図るため、支援金を給付することとしました。

標記支援金は、令和 6 年 4 月 1 日において医療法の規定に基づき開設している福岡県の病院または病床を有する診療所のうち、保険医療機関の指定を受けた施設を開設又は管理する者を対象として給付します。

つきましては、下記事務局で令和 6 年 5 月 1 3 日から同年 7 月 3 1 日まで申請を受付けますのでお知らせします。

申請方法等については、別添のとおり保険医療機関へ個別に送付するとともに、県ホームページに掲載しますので、貴会会員に対して周知していただきますようお願いいたします。

なお、本支援金の申請書には申請者の署名又は押印が必要です。郵送のみの受付とさせていただきます。

【県ホームページ】

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp//contents/iryo-syokujiryouyouteikyoutaisei-shien.html>

【問合せ・提出先】

福岡県食事療養提供体制確保事業支援金事務局

〒812-0011 福岡市博多区博多駅前3-2-1 日本生命博多駅前ビル5F

TEL 092-600-2031 FAX 092-451-0550

(写)

公印省略

6 医指第 3 9 9 号

令和 6 年 5 月 1 0 日

関係各位

福岡県保健医療介護部医療指導課長

福岡県食事療養提供体制確保事業支援金の申請について

平素から、本県の保健医療介護行政の推進につきましては、格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、県では、食材料費高騰の影響による食事療養提供体制の負担軽減を図るため、支援金を給付することとしました。

標記支援金は、令和 6 年 4 月 1 日において医療法の規定に基づき開設している福岡県の病院または病床を有する診療所のうち、保険医療機関の指定を受けた施設を開設又は管理する者を対象に給付することとし、令和 6 年 5 月 1 3 日から申請受付を開始します。

つきましては、別添申請書に必要事項を記入し、通帳の写しなどの添付書類を添えて、下記提出先へ令和 6 年 7 月 3 1 日（水）までに郵送（必着）で御提出ください。

なお、申請書には申請者の署名又は押印が必要ですので、御留意ください。

※本通知は、九州厚生局の情報等を基に送付しておりますが、一部、今回の補助の対象とはならない施設にも送付している場合がありますので、御了承ください。

【県ホームページ】

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp//contents/iryo-syokujiryouyouteikyoutaisei-shien.html>

【問合せ・提出先】

福岡県食事療養提供体制確保事業支援金事務局

〒 8 1 2 - 0 0 1 1 福岡市博多区博多駅前 3 - 2 - 1 日本生命博多駅前ビル 5 F

T E L 0 9 2 - 6 0 0 - 2 0 3 1 F A X 0 9 2 - 4 5 1 - 0 5 5 0

福岡県食事療養提供体制確保事業支援金

食材料費高騰による病院及び有床診療所の食事療養提供体制への負担軽減を図るため、支援金を給付します。

給付対象者

令和6年4月1日において医療法の規定に基づき開設している福岡県の病院または病床を有する診療所のうち、保健医療機関の指定を受けた施設を開設又は管理する者

給付額

許可病床数に応じた額を給付します。

施設	給付額
病院・有床診療所	許可病床数（※）× 3,200 円

※令和6年4月1日における許可病床数

申請期限

支援金の申請書は下記期限までに提出してください。

令和6年7月31日（水）必着

申請方法

郵送のみの受付となります。

申請書（署名または押印が必要）に添付書類を添えて下記事務局まで提出してください。

添付書類：振込先の通帳の写し（預金名義等が確認できるページ）

令和5年度福岡県医療機関等物価高騰対策支援金の給付を受けた施設で振込口座等に変更がない場合は、申請の際の添付書類を省略できます。

留意事項

申請に当たっては以下の事項に御留意ください。

- 医療機関は、保険機関コードが必要です。（同一施設で医科と歯科のコードを有している場合は、いずれか一方の申請になります。）
- 令和6年4月1日から令和6年5月31日までの全ての期間を休止している（外来、診療及び入院患者の受入れを行っていない）施設は対象としません。

お問い合わせ・提出先

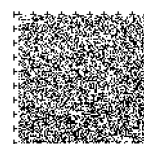
福岡県食事療養提供体制確保事業支援金事務局

〒812-0011 福岡市博多区博多駅前3-2-1

日本生命博多駅前ビル5階

☎092-600-2031 FAX092-451-0550

音声コード



福岡県食事療養提供体制確保事業支援金申請書

申請日 : 令和____年____月____日

事業所名

住所又は所在地

代表者氏名

印

(署名または押印)

標記について、次により支援金を給付されるよう関係書類を添えて申請する。

施設名称	
郵便番号／施設所在地	〒 /
担当者／連絡先	/

1. 該当する区分に○を記入してください。

☐

①病院

☐

②有床診療所

2. 保険機関コードを記入してください。

保険機関等コード										
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. 令和 6 年 4 月 1 日時点における許可病床数を記入してください。

許可病床数		床
-------	--	---

4. 裏面の同意事項に同意する場合は○を記入してください。

同意事項	
------	--

【重要】記入がない場合、給付できない場合があります。

5. 申請額 円

※申請額は裏面を御確認の上、必ずご記入ください。

6. 振込口座情報を入力してください。

金融機関名		金融機関コード				
支店名		支店コード				
預金種類		1 : 普通 2 : 当座 4 : 貯蓄				
口座番号 (左詰め)						
(フリガナ)						
取引口座名						

【重要】振込先の通帳の写し（取引口座名等が確認できるページ）を添付してください。

(同意事項)

次の各事項のいずれにも同意した者でなければ支援金を交付しない。

- ① 給付対象者の要件を満たしていること
- ② 給付のために提出した書類に虚偽がないこと
- ③ 支援金を重複して申請しないこと
- ④ 福岡県暴力団排除条例第2条に規定する暴力団員に該当せず、かつ将来にわたっても該当しないこと。また、暴力団員が役員ではなく、暴力団と密接な関係を有しておらず、かつ将来にわたっても該当しないこと
- ⑤ 虚偽が判明した場合は、支援金の返還に応じるとともに、支援金と同額の違約金の支払いに応じること
- ⑥ 本支援金の給付手続きに必要な範囲で、県が、本支援金給付業務を委託する事業者と個人情報を含む申請者の情報を共有すること

給付額及び添付書類一覧表

添付書類： 振込先通帳の写し

区分	給付額
病院 有床診療所	許可病床数（※） × 3,200円

※令和6年4月1日における許可病床数

様式 1 (第 8 条関係)

福岡県食事療養提供体制確保事業支援金申請書

申請日 令和 6 年 6 月 4 日

必ず、署名又は
押印をお願いし
ます。

業 所 名
又は所在地

印

(署名または押印)

標記について、次により支援金を給付されるよう関係書類を添えて申請する。

施設名称	〇〇診療所
郵便番号／施設 所在地	〒812-0045 / 福岡市博多区東公園 7-7
担当者／連絡先	福岡 一郎 / 092-643-0000

1. 該当する区分に○を記入してください。

☐

①病院

☒

②有床診療所

2. 保険機関コードを記入してください。

保険機関 等コード	4	0	1	2	3	4	5	6	7	8
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

3. 令和 6 年 4 月 1 日時点における許可病床数を記入してください。

許可病床数	2	床
-------	---	---

4. 裏面の同意事項に同意する場合は○を記入してください。

同意事項	☒
------	-------------------------------------

【重要】記入がない場合、給付できない場合があります。

5. 申請額

円

※申請額は裏面を御確認の上、必ずご記入ください。

6. 振込口座情報を入力してください。

金融機関名	〇〇銀行		金融機関 コード	9	8	7	6	
支店名	△△支店		支店コード	7	7	7		
預金種類	1	1：普通 2：当座 4：貯蓄						
口座番号 (左詰め)	0	6	5	4	3	2	1	0
(フリガナ)	マルマルシンリョウショ							
取引口座名	〇〇診療所							

【重要】振込先の通帳の写し（取引口座名等が確認できるページ）を添付してください。

裏面

(同意事項)

次の各事項のいずれにも同意した者でなければ支援金を交付しない。

① 給付対象者の要件を満たしていること

② 給付のために提出した書類に虚偽がないこと

③ 支援金を重複して申請しないこと

④ 福岡県暴力団排除条例第2条に規定する暴力団員に該当せず、かつ将来にわたっても該当しないこと。また、暴力団員が役員ではなく、暴力団と密接な関係を有しておらず、かつ将来にわたっても該当しないこと

⑤ 虚偽が判明した場合は、支援金の返還に応じるとともに、支援金と同額の違約金の支払いに応じること

⑥ 本支援金の給付手続きに必要な範囲で、県が、本支援金給付業務を委託する事業者と個人情報を含む申請者の情報を共有すること

給付額及び添付書類一覧表

添付書類： 振込先通帳の写し

区分	給付額
病院 有床診療所	許可病床数（※）× 3,200円

※令和6年4月1日における許可病床数