

# 医療施設食事療養費支援金支給要領

医療施設食事療養費支援金（以下「支援金」という。）の支給については、医療施設食事療養費支援金支給要綱（以下「支給要綱」という。）に定めるほか、この要領によることとします。

## 1. 目的

この支援金は、物価高騰により食材料費が上昇する中、医療機関において、質の高いサービスが継続的に提供できるよう、事業者に対して支援金を支給することで医療機関の負担軽減を図り、医療サービスの安定した提供を促進する。

## 2. 支給対象施設

### (1) 対象施設

支援金の支給対象は、次のいずれにも該当する施設とします。

- ① 所在地が秋田県内である別表に掲げる施設
- ② 令和6年4月1日以前に運営を開始し、申請日時時点で運営中であり、令和6年5月末まで休止又は廃止の予定がないこと

### (2) 対象外施設

次のいずれかに該当する施設は、支給の対象外となります。

- ① 秋田県暴力団排除条例（平成23年秋田県条例第29号）に規定する暴力団員又は暴力団と密接な関係を有する者が開設、運営又は出資する施設
- ② 上記のほか、本支援金の目的に照らして適当でないと知事が認めた施設

## 3. 支援額

支援金の支給額は、別表により求められる額とします。

## 4. 申請手続き

### (1) 受付期間

令和6年4月22日（月）から令和6年5月24日（金）まで郵送又は電子メールにより受け付けます。（郵送による場合は、令和6年5月24日（金）までの消印有効）

### (2) 申請書類

- ① 医療施設食事療養費支援金支給申請書（支給要綱様式第1号）  
◇振込先の口座は、法人の場合は当該法人名義、個人事業主の場合は当該個人名義の口座に限ります。
- ② 支援金の振込先が分かる書類（預金通帳等）の写し  
◇カタカナでの名義及び口座番号が記載されている部分の写しとしてください。

### (3) 提出先・提出方法

郵送又は電子メールにより次の宛先まで提出してください。

〒010-8570

秋田市山王4-1-1 秋田県健康福祉部医務薬事課

調整・医療計画チーム 宛

電子メール：[Imuyakujika@pref.akita.lg.jp](mailto:Imuyakujika@pref.akita.lg.jp)

(4) 問合せ先

TEL : 018-860-1401

(5) 審査・振込

申請書類について、審査を行い、申請内容に問題が無い場合は、順次、指定の口座へ支援金を振り込みます。申請書類に不備があった場合等は、担当者へ連絡させていただきます。

また、支給要件を満たさない内容の申請については、不支給とし「医療施設食事療養費支援金不支給決定通知書」(支給要綱様式第2号)にて申請者あて通知します。

**5. その他**

- ・ 提出された書類は返却しません。
- ・ 申請により得られた情報は、本支援金支給業務以外に使用することはありません。

別表

1. 支給対象施設	2. 支給単価
病院・有床診療所 (医科・歯科) <input type="checkbox"/> 保険医療機関に限る <input type="checkbox"/> 算定に用いる病床数は許可病床数 (休止病床除く)	3,200 円×許可病床数 (休止病床除く)