

福医事第 0408001 号
令和 7 年 4 月 8 日

各 都道府県 衛生主管部（局） 御中

独立行政法人福祉医療機構
福祉医療貸付部長
（公印省略）

**独立行政法人福祉医療機構の医療貸付事業における病院等に対する
物価高騰対応資金に係る証明の取り扱いについて**

当機構の業務につきましては、日頃より格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、標記につきましては、機構の医療貸付事業における病院等に対する融資に係る証明について、機構が貸付対象事業としての適否を判断する上での資料とするため、従来からご協力をお願いしているところですが、本優遇融資については、厚生労働省医政局医療経営支援課発事務連絡「物価高騰の影響を受けた医療施設等に対する融資について（令和 7 年 4 月 8 日）」にて示されたとおり、地域において継続的に必要な医療を提供できるための取組等に協力する施設について更なる優遇措置を講じるため、必要となる事項の証明をお願い申し上げます。

なお、上記証明に係る取り扱いにつきましては、別添により証明願にご記載いただくとともに、各都道府県知事の業務委任の実情に応じ、知事又は知事の委任した者を証明者としていただきますよう、併せてお願い申し上げます。

証明願の記載方法

(1) 証明事項

「上記施設が、医療計画に定める地域医療構想の達成を推進するために必要と認められる事由」については、それぞれ次の点に留意し、当該要件に該当する場合に、要件番号の左欄にあるチェックボックスにチェックを記入してください。

- 1) 「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」欄

開設者又は開設施設について、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）を提出した病院又は有床診療所。

なお、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。

- 2) 「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）」欄

令和6年度以降の地域医療構想調整会議で合意を得て、地域のニーズを踏まえた再編・減床を行う病院又は有床診療所。

なお、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。

(2) 証明について

証明願に記載の内容が事実と相違ない場合、証明日をご記入の上、都道府県知事又は知事が委任した者（保健所長等）を証明者としてください。

なお、証明願は、都道府県において1部を申請書として保管し、都道府県知事又は知事が委任した者による証明がされた証明願1部を機構あてご提出下さい。

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	上記施設が、医療計画に定める地域医療構想の達成を推進するために必要と認められる事由			
	☐	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)