

静岡県医療機関食事療養提供体制確保事業費助成金 申請の手引き

申請受付期間

令和7年11月4日(火) ~ 令和7年11月28日(金)(消印有効)

1 交付額及び対象者

交付額	病院	1病床当たり 2,000円
	有床診療所	1病床当たり 2,000円
対象者	病院	令和7年7月1日時点で開設しており、かつ、支給申請時点までの期間において、静岡県内で病院を開設又は管理する者
	有床診療所	令和7年7月1日時点で開設しており、かつ、支給申請時点までの期間において、静岡県内で有床診療所を開設又は管理する者

2 書類の提出方法

申請単位	個人 又は 法人 ※同一法人が複数の施設を開設する場合、法人単位での申請も可能です。	
必要書類	交付申請書 (様式第1号)	記入例を参考に作成をお願いします
	助成金申請額内訳書 (様式第2号)	記入例を参考に作成をお願いします
	振込先金融機関の口座が 確認できる通帳のコピー等	通帳のオモテ面 及び 通帳を開いた1、2ページ目の写し ※銀行名、支店名、口座種別、口座番号、 名義人(フリガナ)が確認できるもの
提出先	〒420-0857 静岡市葵区御幸町8-1 JADEビル4F 静岡県医療機関食事療養提供体制確保事業費助成金事務局 宛	
問合せ先	電話番号 050-5369-9435 (静岡県医療機関食事療養提供体制確保事業費助成金事務局)	

令和7年7月1日時点で開設していた医療機関等には、助成金事務局から申請書類等を順次郵送していますので、申請の際に御利用ください。

3 注意事項

対象者	申請の対象とならない者	以下の施設は本事業の対象としません。 ・申請時において廃止している事業所等 ・地方自治体の一般会計で直接運営する事業所等
病床数	申請対象となる病床数	病床数は、令和7年7月1日時点の使用許可病床数に基づいて申請してください。令和7年7月2日以降の病床数の変更を反映させる必要はありません。