

医第606-3号
令和7年8月25日

各保健所設置市保健所長 様

埼玉県保健医療部医療整備課長
中村 寛（公印省略）

令和7年度に発生した災害により被災した医療施設等に係る災害復旧費補助金の
活用意向について（照会）

本県の災害時医療体制の整備につきましては、日頃格別の御理解と御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

標記の件について、災害により被災した医療施設等の復旧に必要な経費の一部を助成するため、厚生労働省において「災害復旧費補助金交付要綱」を定めており、要件に該当するものについては、その一部が国庫補助の対象となります。

このたび、厚生労働省から当該補助金の活用に係る意向調査の依頼があったため、下記の内容について貴保健所管内の医療機関に御周知いただきますようお願いいたします。

なお、同趣旨の依頼を埼玉県医師会（会員あて）に対し行っておりますので御承知おきください。

記

1 補助金名

医療施設等災害復旧費補助金

2 補助対象施設

公的医療機関、政策医療実施機関、医療関係者養成所施設等

※ 詳細は医療施設等災害復旧費補助金交付要綱P2～P8を御確認ください。

3 対象となる期間

令和7年4月1日～令和8年3月31日

4 添付資料

（1）【別紙1】医療施設等災害復旧費補助金のご案内

- (2) 【別紙2】 実地調査について
- (3) 医療施設等災害復旧費補助金交付要綱
- (4) 医療施設等災害復旧費協議書（様式1）
- (5) 医療施設等災害復旧費実地調査表（総括表）及び（個表）（様式2）
- (6) 【参考】 厚生労働省所管補助施設災害復旧費実地調査要領
- (7) 【参考】 公共土木施設災害復旧事業査定方針

5 提出書類及び提出期限（要件に該当し、活用希望のある場合のみ提出）

- (1) 医療施設等災害復旧費協議書（様式1）

＜提出期限＞

原則、発災日から3週間以内に提出してください。

既に発災から3週間以上経過している場合は、9月11日（木）までに提出してください。

- (2) 医療施設等災害復旧費実地調査票（様式2）及び「【別紙1】 医療施設等災害復旧費補助金のご案内」の2ページ目「☒ 調査にあたり必要となる資料（チェックリスト）」に掲げる資料

＜提出期限＞

別途御連絡いたしますが、対象施設におかれましては提出の準備を進めていただくようお願いいたします。

6 提出方法

担当宛て電子メールで御回答ください。

7 その他

- ・ 添付資料により、補助の対象施設、補助の対象費用、国による実地調査について御確認いただきますようお願いいたします。
- ・ 対象となる災害の種類は「4 添付資料（7）」の第三に規定されています。
- ・ 補助金の交付に当たっては、災害復旧費補助金交付要綱の交付の条件が付されますので御留意ください。

担 当：地域医療対策担当 山村
電 話：048-830-3643
メー ル：a3530-02@pref.saitama.lg.jp