

取 扱 基 準

名 称	救急搬送患者受入促進事業費補助金
補助区分	運営費補助 <input type="checkbox"/> 事業費補助 <input checked="" type="checkbox"/>
補助金の概要	救急指定病院が救急車により搬送された救急患者を受け入れて診療する事業を実施した場合に、受け入れた救急患者数の実績に基づき予算の範囲内において補助金を交付する。
目 標	数値化 <input checked="" type="checkbox"/> 非数値化 <input type="checkbox"/>
	救急搬送時間の短縮 (前年実績以下)
	<目標が数値でない場合の評価方法>
補助事業者	<p>※補助金等交付申請書の提出があった事業者の情報について公表します。</p> <p>二次救急医療を担う国公立病院を除く救急指定病院</p> <p>※救急搬送患者数が200人に満たない場合は補助対象としない。</p>
補助対象経費の内容	救急医療体制を維持するのに必要な経費 (給与費, 材料費, 減価償却費)
補助額 及びその算定方法 又は補助率	<p>1 病院当たりの基準額</p> <p>申請年の1月1日から12月31日までに救急車により搬送された救急患者実績(年間台数に応じたランク別の補助額)+加算額(年額上限300万円)</p> <p>補助対象経費から診療報酬等の収入を控除した額と基準額を比較して低い方の額</p> <p><補助額が5万円未満, 又は補助率(実行補助率を含む)が1/2を超える場合の理由></p>
開始時期	令和6年3月31日
評価の時期	令和6年9月30日
終 期	令和7年3月31日
	(終期が3年を超える場合の理由)
補助事業者による 情報の公表	〔内容〕 新潟市からの補助金が当該事業へ交付されている旨を記載
	〔媒体〕 ホームページ及び病院概要等の各種印刷物
担当部署	保健衛生部 地域医療推進課 電 話 025-212-8018 E-mail chiiki.iryu@city.niigata.lg.jp