（注１）赤字は補足説明となりますので、削除して使用ください。

別紙５

（注２）以下の内容について、記載してください。

多職種連携の必要性を示す書類（代表補助事業者用）

令和　　年　　月　　日

神奈川県知事　殿

代表補助事業者　住所

法人（団体）名

代表者氏名

「多職種連携して補助事業に取り組む場合」の代表者として申請するに当たり、以下のとおり、構成するすべての補助事業者が事業実施に当たり必要不可欠であることについて説明します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 補助事業者名※１ | 補助事業における役割※２ | 必要不可欠性※３ |
| 例 | 県庁クリニック | 在宅患者に医療行為をする。 | 在宅患者に対し適切な治療をするほか、病状に応じた看護の指示や処方箋を発行する。 |
| 例 | 県庁看護ステーション | 在宅患者の病状に応じた適切な看護をする。 | 在宅患者の日常的ケアについて把握をしている。 |
| 例 | 県庁薬局 | 在宅患者に対する薬剤の処方をする。 | 在宅患者が抱える薬の問題点を把握している。 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

※：必要に応じて行を追加して使用してください。行の縦幅は拡張可能ですが、横幅は変更しないでください。

※：補助事業者名、補助事業における役割、必要不可欠性が記載されていれば、別途説明資料を添付する形式も認めます。必要に応じて関係図を用いるなどしてください。

※１：記載された事業者が構成員に含まれていない場合、補助金申請が認められませんのでご注意ください。

※２：連携体のすべての補助事業者について、補助事業における役割を記載してください。

※３：連携体を構成するすべての補助事業者が必要不可欠であることを説明する必要があります。

【注意事項】

※連携体を構成するすべての補助事業者が、神奈川県地域医療介護総合確保基金事業費補助金における補助対象者に該当し、申請する事業類型の要件を満たす必要があります。

※補助金申請が認められた場合は、すべての補助事業者が個々に交付決定を受け、補助事業を実施する必要があります。代表補助事業者は、連携体の構成員を取りまとめ、責任を持って補助事業に取り組んでいただく必要があります。